Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

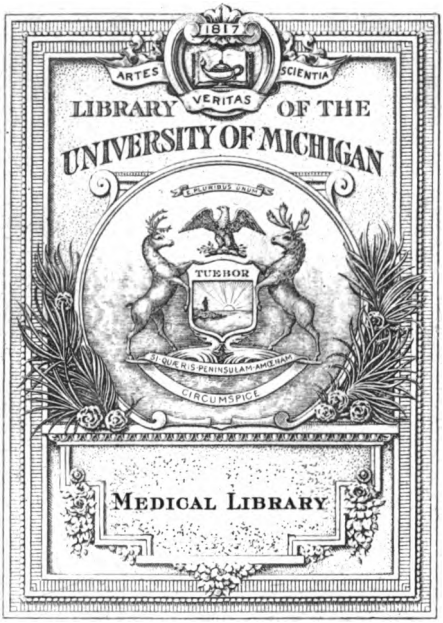
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 3 9015 00382 750 1
University of Michigan – BUHR



Digitized by Google

610.5
A44
Z5

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG

DRESDEN

SECHSUNDNEUNZIGSTER BAND

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1932

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

Archiv-Nr. 58 05 31

Digitized by Google

Inhalt.

Originalien.

Offene psychiatrische Fürsorge. Von Dr. *Hans Merguet*, Berlin 1

Zur Frage der Anstaltsbehandlung asozialer Alkoholiker insb. der sog. Selbststeller. Von Dr. *L. M. Schwarz*, Berlin 36

Die Geisteserkrankungen bei den Juden in Polen. Von Dr. med. *Rafael Becker*, Otwock bei Warschau 47

Zur Untersuchung der zerebralen Sprachstörungen. Von Dr. *Karl Hillebrecht*, Heringen-Werra 67

Über den Begriff der Tatkraft im Sinne der §§ 25 und 28 (Abs. 2) RVG 20. Können Geisteskrankheiten durch Willenskraft überwunden werden? Hängt die besondere geistige Leistung bei einem Geisteskranken von seiner Tatkraft ab? Von Dr. med. et phil. *W. Eliasberg*, München 82

Experimentell-psychologische Untersuchungen der Schreibgeschwindigkeit bei Geisteskranken. Von *Gerhardt Giehm*, Neue Mühle bei Kassel 91

Über den Einfluß von Infektionskrankheiten und der Fiebertherapie auf den Verlauf von Psychosen. Von Professor Dr. *N. Shliar* und Dr. *N. Storozenko*, Astrachan UdSSR. 97

10 Jahre Schwachsinnigenschule an der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal und deren Erfolge. Von Assistenzarzt Dr. med. *R. Niedenthal*, Frankental (Pfalz) 132

Enzephalitis und Schizophrenie. Ein kasuistischer Beitrag zum Psychoseproblem der Enzephalitis epidemica. Von Dr. *Carl-Heinz Rodenberg*, Branitz O.-S. 139

Kaiser Vitellius, eine psychologische Studie. Von Medizinalrat Dr. *Ernst Müller*, Landesheilanstalt Hildburghausen 153

Ein Schema des präkategorialen Denkens. Von Dr. *Berndt Götz*, Berlin .. 249

Über den Tod Heinrichs von Kleist. Von *Walther Riese*, Frankfurt a. M. 270

Kompositionen Schizophrener. Von Dr. *Fr. Polik*, Neuruppin 313

Menstruationsstörungen bei Geisteskranken. Von *J. Aich*, Eßlingen a. N. 325

Entwicklungsstand der Tapiauer Familienpflege. Von Oberarzt Dr. *Knab* 339

Die Oligophrenien in charakterwissenschaftlicher Beleuchtung. Von Dr. *J. A. Sombor*, Budapest 417

Kants psychiatrische Ansichten. Von Dr. *Béla Révész*, Sibiu 424

Nachuntersuchungen über kriminelle und asoziale Jugendliche. Von *Dorothea Grieger-Meißner*, Breslau 439

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 9. und 10. April 1931 in Breslau 157

25. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München am 18. und 19. Juli 1931 348

63. Versammlung des Vereins der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 2. Mai 1931 376

Bericht über die Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 24. und 25. Oktober 1931 in Kiel 452

Kleinere Mitteilungen.

Buchbesprechungen 241, 395, 473

Zur Psychoanalyse 242

Preisausschreibung 247

Personalia: Nekrolog Hoppe 248

Gerichtsverhandlung wegen Beleidigung von Irrenärzten und Pflegepersonal durch die Presse 391

Schüle-Denkmal 395

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 396

Personalia 396

Nekrolog Ganser 397

Nekrolog Adam 401

Nekrolog August Forel 402

Nekrolog Jakob 407

Nekrolog v. Economo 413

Personalia 476

Autoren-Register.

Aich 325
Becker 47
Eliasberg 82
Giehm 91
Götz 249
Grieger-Meißner 439
Hillebrecht 67
Knab 339
Merguet 1
Müller 153
Niedenthal 132
Polik 313
Révész 424
Riese 270
Rodenberg 139
Schwarz 36
Skliar 97
Sombor 417
Storozenko 97

Digitized by Google

(Bericht über die offene Fürsorge der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau und Ausbauvorschläge.)

Offene psychiatrische Fürsorge.

Von

Abteilungsarzt Dr. **Hans Merguet,** bisher Fürsorgearzt der Anstalt, z. Z. Berlin.

Die vorliegende Arbeit wurde im Sommer 1930 fertiggestellt. Sie stützt sich auf Erfahrungen und Zahlen, die bis zum März 1930 reichen. Äußere Umstände haben die Veröffentlichung bis jetzt hinausgezögert, ich entschließe mich trotzdem zum unveränderten Abdruck, weil mir an den grundsätzlichen Voraussetzungen bisher nichts Wesentliches geändert scheint. Die inzwischen noch verschärfte wirtschaftliche Not hat jeden größeren Ausbau verhindert und gefährdet manches von dem schon Geschaffenen. Um so notwendiger ist es, die Zukunftsaufgaben klar zu erkennen, um in sparsamer und rationeller Arbeit in dem bisher Geschaffenen das Fundament für die in naher Zukunft notwendigen Leistungen zu sichern.

I. Die Einrichtung der Entlassenenfürsorge, vor wenig Jahren in Deutschland noch mit recht geteilten Erwartungen aufgenommen, hat in der Arbeit dieser letzten Jahre ihre Brauchbarkeit erwiesen. Die offene Fürsorge für die entlassenen Geisteskranken ist heute für fast alle Anstalten eine selbstverständliche und nützliche Aufgabe geworden, deren Umfang noch wächst und die weiteren Ausbau der Einrichtung erfordern wird. Das klassische Vorbild der Entlassenenfürsorge einer Anstalt, die Erlanger Fürsorgeorganisation, ist von *Kolb* und *Falthauser* in folgerichtiger Erkenntnis der Notwendigkeiten des Fürsorgegedankens längst weiterentwickelt worden zu einem großzügigen System offener psychiatrischer Betreuung und vorbeugender Fürsorge für den großen Kreis geistig abwegiger und dadurch gefährdeter Personen. Wie die Veröffentlichungen der letzten Jahre zeigen, sind auch bereits eine Reihe anderer Anstalten auf dem gleichen Entwicklungsweg vorgeschritten, und in derselben Richtung bewegt sich die Entwicklung überall da, wo wie in Gelsenkirchen und anderen Orten die Geisteskrankenfürsorge von vornherein von den Kommunen, nicht von einer Anstalt ausging. Demgegenüber steht befremdend die Tatsache, daß bei einer größeren Anzahl Anstalten

Digitized by Google

und soviel ich sehen kann bei der Mehrzahl der preußischen Provinzialheilanstalten ein praktisch wirksamer Ausbau der Fürsorge über den engeren Rahmen der Entlassenenfürsorge hinaus noch nicht erfolgt ist. Es ist nicht unsere Aufgabe, die Gründe dafür im einzelnen zu suchen und zu wägen, es liegt aber nahe, die entscheidenden Hemmnisse in dem Mangel an Anstaltsärzten, den ungünstigen örtlichen Verhältnissen und der Geldnot anzunehmen. Von vornherein haben ja diese Faktoren in Preußen und in den östlichen Provinzen wohl besonders ein mühsameres Arbeiten und eine bescheidenere Entfaltung bedingt. Wir selber haben in unserer niederschlesischen Anstalt von jeher mit den gleichen Schwierigkeiten kämpfen müssen, und in dem Bestreben, trotzdem das Ziel zu erreichen, das wir unserer Fürsorgearbeit gesteckt hatten, sind wir zu Arbeits- und Organisationsformen gekommen, die wir unter den gegebenen Verhältnissen für brauchbar und empfehlenswert halten. Wir stehen in unserer Arbeit jetzt an einem Punkt, wo wir nach mehrjährigem Bestehen unserer Einrichtung das bisher Geschaffene kritisch überprüfen und die neuen Ziele und Wege bestimmen und abstecken müssen, zu denen die Entwicklung drängt. Wenn wir in folgendem eine etwas ausführlichere Darstellung der von unserer Anstalt geschaffenen verhältnismäßig kleinen Organisation und unseren Ausbauversuchen geben, so tun wir das in der Absicht, an unserem Beispiel zu zeigen, welche besonderen Organisationsformen und Varianten sich in unserem ostdeutschen Fürsorgebezirk als geeignet zur Überwindung der ungünstigen äußeren Verhältnisse bewährt haben, und weil wir glauben, daß unsere Einrichtung vielleicht ein brauchbares Modell abgeben kann für solche Anstalten, die mit ähnlichen erschwerenden Verhältnissen rechnen müssen. Darüber hinaus scheint uns auch wünschenswert, aus der praktischen Erfahrung jetzt zu einigen grundsätzlichen Fragen Stellung zu nehmen, die im gegenwärtigen Stadium des Entstehens einer psychischen Hygiene zunehmend Bedeutung gewinnen und die bisher häufig noch zu einseitig von theoretischen Gesichtspunkten aus betrachtet werden.

Unsere Fragestellungen lauten also: Was ist bisher geschaffen worden? Welches sind die zukünftigen Aufgaben der Geisteskrankenfürsorge? Wie soll unter den gegebenen ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnissen der weitere Ausbau erfolgen und welche Praxis ist für die Gegenwart die zweckmäßigste?

II. Eine Entlassenenfürsorge im modernen Sinne besteht an der Provinzial-Heilanstalt Bunzlau seit etwa 4 Jahren. Selbstverständlich hat die Anstalt auch schon früher in nicht ganz seltenen Einzelfällen, in denen die besonderen Verhältnisse es wünschenswert machten, sich bemüht, über die Zeit des Anstaltsaufenthalts hinaus beratend, wegeebnend und unter-

Digitized by Google

stützend für Kranke und ihre Angehörigen zu sorgen, wie das wohl von jeher in jeder Anstalt Brauch gewesen ist, in der der Gedanke der Hilfsbereitschaft mit Selbstverständlichkeit im Vordergrund steht vor den Erwägungen formaler Verpflichtung. Die Entlassenenfürsorge als selbständiges und mit eigenen Mitteln ausgestattetes Arbeitsgebiet der Anstalten ist in Schlesien jedoch erst nach dem Erlanger Vorbild und auf Grund der Anregungen von *Kolb* und *Falthauser* entstanden. Wir danken ihr Zustandekommen in unserer Provinz in erster Linie der persönlichen Initiative des Herrn Landeshauptmanns, der nach kurzem Studium der Erlanger Einrichtungen die Schaffung einer ähnlichen Organisation für Niederschlesien als Hilfsmaßnahme gegen die drohende Überfüllung unserer Anstalten betrieben hat, ehe noch von seiten der schlesischen Ärzte derartige Vorschläge gemacht worden waren. Dem neuen Gedanken traten im Provinzialausschuß zunächst mancherlei Bedenken und Einwände entgegen, unter dem Druck der drohenden Platznot gelang es jedoch schließlich, trotzdem die Genehmigung des Provinzialausschusses zu erreichen, und im Frühjahr 26 erging an die 6 niederschlesischen Anstalten die Verfügung, zunächst stufenweise in den zunächst gelegenen Kreisen mit der Organisation der Entlassenenfürsorge zu beginnen.

Für die niederschlesischen Anstalten ist das Prinzip der örtlich umrissenen Aufnahmegebiete nicht ganz streng durchgeführt. Aufnahmeanträge gehen an die zentrale Verwaltungsbehörde (Landeshauptmann), die die Aufnahmen den einzelnen Anstalten zuteilt. Diese Zuteilung erfolgt nach verschiedenen Gesichtspunkten: nach Möglichkeit werden die Kranken der nächstgelegenen Anstalt überwiesen, aber auch Konzentration bestimmter Krankheitsgruppen, Platzfragen u. a. spielen eine Rolle. Für die Entlassenenfürsorge wurden die Kreise der Provinz in 6 Sprengel zusammengefaßt, deren jeder der nächstgelegenen Anstalt zugewiesen wurde. Kranke, die in den Fürsorgesprengel einer anderen Anstalt entlassen werden, werden der dortigen Fürsorge überwiesen. Der Sprengel unserer Anstalt umfaßt den westlichen Teil der Provinz, nämlich die 6 Kreise Bunzlau, Görlitz, Sagan, Sprottau, Rothenburg und Hoyerswerda, mit insgesamt etwa 57600 qkm und etwa 455000 Einwohnern. An größeren Ortschaften finden sich in diesem Bereich: Görlitz (86000 Einwohner), Bunzlau (18000), Sagan (19000), Hoyerswerda (9000), Niesky (3000), Primkenau (3000), Muskau (4500), Rauscha (3000), Weißwasser (12000), Sprottau (10000), Reichenbach (4000). Zum größten Teil handelt es sich bei unseren Patienten um ländliche Bevölkerung, die verstreut und oft entlegen wohnt. Die Bahnverbindungen sind z. T. sehr schlecht und zeitraubend, die weiteste Reiseentfernung in einer Richtung beträgt etwa 150 km.

Digitized by Google

In Bunzlau übernahm fürs erste der Direktor der Anstalt, Sanitätsrat *Neisser*, selber die neue Aufgabe. Äußere Gründe, vor allen der lange Ausfall mehrerer Ärzte, machten es zunächst leider unmöglich, diese Arbeit gleich, wie es wünschenswert gewesen wäre, planvoll in größerem Ausmaß in Angriff zu nehmen, und die praktische Ausübung der Fürsorge hat sich infolgedessen bei uns in den Jahren 1926 bis Mitte 27 nur auf recht wenige Besuche und Beratungen erstrecken können. Wichtig aber und förderlich für die weitere Entwicklung war es, daß es dank dem persönlichen Sicheinsetzen des Anstaltsdirektors bald in recht glücklicher Weise gelang, die verschiedenen Ortsbehörden für unsere Aufgabe zu interessieren und das uns anfangs sehr störend entgegentretende Mißtrauen der Behörden gegen die amtlich angekündigte neue Einrichtung zu beseitigen. Vor allem aber wurde von Anfang an neben den Besuchen der Kranken die Einrichtung verteilter Beratungsstellen an den verschiedenen günstig gelegenen Orten unseres Fürsrgesprengels in die Wege geleitet, ein Organisationsmodus, der sich in der Folge als sehr zweckmäßig und gut erwiesen hat. Als erstes wurde von San.-Rat *Neisser* eine Beratungsstunde in Görlitz, der größten und wichtigsten Stadt unseres Sprengels, geschaffen. Daneben wurden die wichtigsten Krankenbesuche ausgeführt, zu denen eine dafür geeignete Pflegerin, die vorher zum Studium der Einrichtung nach Erlangen geschickt worden war, zugezogen wurde. Eine praktische Fürsorge von Bedeutung und ein Ausbau der Einrichtung wurde jedoch erst möglich, als nach Behebung einiger äußerer Hemmnisse im Juni 27 die Wahrnehmung der Entlassenenfürsorge einem Abteilungsarzt als selbständiges Arbeitsgebiet übertragen werden konnte. Freilich war es bei der Notlage unserer Provinz auch da wiederum nötig, daß die neue Aufgabe neben der vollen Abteilungstätigkeit — damals 200 Kranke für den einzelnen Arzt! — übernommen werden mußte. Erst in den folgenden Jahren ist es dann zeitweilig möglich gewesen, den Fürsorgearzt durch Zuteilung etwas kleinerer und anspruchsloserer Abteilungen soweit zu entlasten, daß der ihm neben der Fürsorge zufallende Abteilungsdienst auf etwa $^2/_3$ bis $^1/_2$ des üblichen Arbeitsumfanges geschätzt werden kann. Immerhin konnten wir seit Juni 27 mit dem systematischen Ausbau und Aufbau unserer Entlassenenfürsorge beginnen. Es schien uns unrichtig, die auszuübende Fürsorge lediglich auf die zufällig nach Schaffung eines neuen Entlassungsmodus entlassener Kranken allein zu beschränken, während vielleicht andere frühere Patienten der Anstalt in nächster Nähe der aufzusuchenden Orte unberücksichtigt bleiben sollten, obgleich eine Betreuung bei ihnen vielleicht gerade von Nutzen sein konnte. Es wurden daher an Hand des Hauptbuches sämtliche in den letzten 2 Jahren

Digitized by Google

entlassene Kranke — ohne Rücksicht auf die Form der Entlassung — darauf geprüft, ob nach Lage der Verhältnisse im einzelnen Falle eine Betreuung durch die Fürsorge sachdienlich sei. Unter 287 entlassenen Kranken fanden sich 45, bei denen dies der Fall zu sein schien, und diese Patienten wurden deshalb in die Zahl der zu betreuenden Personen nachträglich aufgenommen. Wie zu erwarten, ergab in manchen Fällen schon ein einmaliger Besuch oder kurze Prüfung der Verhältnisse an Ort und Stelle die Entbehrlichkeit weiterer Fürsorge und diese Patienten konnten alsbald wieder aus unserer Liste gestrichen werden. In einer Anzahl anderer Fälle hat sich jedoch gerade bei diesen Kranken die einsetzende Fürsorge als notwendig und nützlich erwiesen.

In den folgenden Monaten wurde versucht, möglichst mit allen Patienten der Entlassenenfürsorge in Fühlung zu treten, die häuslichen Verhältnisse zu prüfen und wenn nötig einzugreifen, und zugleich wurden neue Zentren für Beratungsstunden in Sprottau, Sagan, Hoyerswerda und Weißwasser geschaffen. Unsere Notlage zwang uns von vornherein zu sparsamstem Einsatz unserer Mittel und bedingte den langsamen und schrittweisen Aufbau unserer Organisation. Wir konnten nicht von Anfang an in einem großen Rahmen und nach einheitlichem Plan organisieren, sondern mußten uns ausschließlich von den jeweils dringendsten praktischen Bedürfnissen leiten lassen. Deshalb übernahmen wir nur solche entlassenen Patienten in Fürsorge, bei denen das unbedingt geboten schien, und deshalb war für uns bei der Auswahl der Orte auch nicht die Größe oder Lage ausschlaggebend, sondern jeweils dort, wo eine Anzahl unserer Fürsorgekranken in leicht erreichbarer Nähe eines Zentrums wohnte, da haben wir eine solche Konzentration in Form von Beratungsstunden vorgenommen, während wir in manchen größeren Orten z. B. Sagan und Bunzlau selbst lange Zeit unbedenklich darauf verzichten konnten, weil entweder überhaupt keine nennenswerte Anzahl E. F. Kranke dort wohnten oder vorwiegend solche, deren Betreuung zweckmäßiger in Form von Besuchen erfolgte.

Selbstverständlich ging die Einrichtung von Beratungsstunden immer Hand in Hand mit der Betreuung durch Besuche. Es lassen sich ja keine Regeln darüber aufstellen, wann ein Besuch nötig und wann er durch eine Beratung in der Sprechstunde ersetzbar ist. Die jeweiligen Verhältnisse müssen das entscheiden, wir haben im allgemeinen aber Wert darauf gelegt, möglichst bei allen Kranken auch die häuslichen Verhältnisse kennen zu lernen und sie deshalb möglichst bald einmal zu Hause besucht. Irgend einen Ausweis haben wir, da immer der Arzt selber die ersten Besuche machte, niemals eingeführt und nie nötig gefunden.

Bei der Einrichtung der Beratungsstellen wurde so vorge-

Digitized by Google

gangen, daß zunächst der Fürsorgearzt allein oder in Gemeinschaft mit dem Anstaltsdirektor die maßgebenden Behörden (Landrat, Bürgermeister, Kreisarzt, Leiter des Wohlfahrtsamts usw.) besuchte und mit ihnen die neue Einrichtung und ihre Ziele besprach. Die Frage, mit welcher behördlichen Stelle zunächst in Fühlung getreten werden sollte, richtete sich vor allem danach, mit welcher Stelle unsere Kranken in Ort und Umgebung vorwiegend in Verbindung standen. So ging z. B. in einer Kreisstadt vom Kreisarzt, in einer anderen von der Kreisfürsorgerin oder dem Leiter des Kreiswohlfahrtsamtes, in einem dritten Ort vom Gemeindevorsteher die fürsorgerische Initiative aus und wir bemühten uns deshalb vor allem, mit diesen Personen alsbald in gute Beziehung zu treten. Von Anfang an erklärten wir uns dabei bereit, uns den Behörden als sachverständige Berater auch für ihre Zwecke zur Verfügung zu stellen. Immer fanden wir auch bei anfänglichen Bedenken bald Verständnis und Zuneigung für unser Arbeitsprogramm und in jedem Falle, auch wo wir einer gewissen skeptischen Erwartung in bezug auf die praktischen Erfolge gegenüber standen, bereitwilliges Entgegenkommen und Hilfe, soweit wir sie verlangten. Wir erhielten für unsere Beratungsstunden überall geeignete Räume, etwa im Rathaus oder im Landratsamt oder im Sprechzimmer des Kreisarztes zur Verfügung gestellt, überall wurde uns auch bereitwilligst die Mitarbeit der Fürsorgerinnen angeboten, bisweilen äußerte der Kreis- oder Stadtarzt den Wunsch, selber an der Beratungsstunde teilzunehmen. Wir können feststellen, daß die von uns von Anfang an angestrebte und planmäßig begonnene enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen örtlichen Behörden in jedem Fall zu guten und die Sache fördernden Ergebnissen geführt hat. Im Gegensatz zu der damaligen Stellungnahme unserer Verwaltungsbehörde glaubten wir von vornherein auch das uns gesetzte Ziel der Anstaltsentlastung am besten im Rahmen einer umfassenderen psychiatrischen Fürsorge erreichen zu können, und wir sahen weiter ein organisatorisches Ziel von Anfang an darin, die vorhandenen fürsorgerisch wirkenden Kräfte und Mittel nicht erst aneinander vorbei arbeiten zu lassen, sondern sie möglichst bald zusammen zu fassen und in unserem Interessengebiet durch die psychiatrisch sachverständige Beratung richtig zu steuern und einzusetzen; wir glaubten, daß zu diesem Zweck die zur Verfügung stehende Arbeitskraft des psychiatrischen Fürsorgearztes im weitesten Maße überall da genutzt werden muß, wo das Bedürfnis danach vorliegt, und haben dementsprechend die Ortsbehörden in ihren Fragen mit unserer Beratung jederzeit, soweit es uns irgend möglich war, unterstützt. Unsere vorgesetzte Behörde erklärte sich auf unseren Antrag trotz anfänglicher Bedenken mit der Übernahme solcher freiwilligen Mitarbeit, die ja

Digitized by Google

zweifellos schon über die ursprünglich den Anstalten gesetzte engere Fürsorgeaufgabe hinaus ging, einverstanden unter der Bedingung, daß dadurch der Provinz kein Mehr an Kosten und Lasten erwachsen dürfe. In diesem Rahmen war praktisch unsere Tätigkeit im Interesse der Ortsbehörden ausreichend möglich. Da der Aufenthalt des Fürsorgearztes in den einzelnen Orten ja in der Regel durch die Eisenbahnverbindungen länger begrenzt ist, als die Beratung der ehemaligen Anstaltskranken erfordert, kam es hauptsächlich auf die Leistungsfähigkeit und die Bereitwilligkeit des Arztes an, ob er die noch zur Verfügung stehende Zeit weiterer Arbeit widmen wollte. Wir konnten daher schon verhältnismäßig frühzeitig die angestrebte gemeinsame Arbeit im psychiatrischen Sinne anbahnen, die als Aufgabe der Anstaltsärzte von den meisten Verwaltungen erst in den späteren Jahren in das Fürsorgeprogramm einbezogen worden ist. Von unseren Beratungen ist von den Ortsbehörden auch im zunehmenden Maße Gebrauch gemacht worden, und dadurch hat sich nicht nur die Zusammenarbeit in besonders harmonischer und für beide Teile gleich vorteilhafter Weise gestaltet, sondern auch gerade diese Tätigkeit des Fürsorgearztes hat nicht selten Gelegenheit geboten, durch rechtzeitige Beratung und das Einsetzen anderer Mittel Anstaltsaufnahmen zu verhindern.

Als sich bald zeigte, daß die uns zur Verfügung gestellten Hilfskräfte — Kreisfürsorgerinnen, Jugendfürsorgerinnen, Gemeindeschwestern — geeignet waren, eine nachgehende Fürsorge in unserem Sinne zu übernehmen, und wir an jedem unserer Arbeitsorte die gleiche Bereitschaft zur Mitarbeit fanden, konnten wir auch bereits seit 1927 vollkommen darauf verzichten, Anstaltspflegerinnen als Hilfskräfte einzusetzen. Wir sehen darin einen Vorteil: Einmal ist die Ersparnis an Reisekosten usw. nicht unbedeutend und für die Anstalt ist es recht wichtig, wenn sich die ohnehin knapp bemessene Zahl guter und zu selbständiger Tätigkeit geeigneter Abteilungspflegerinnen nicht noch durch solche Sonderaufgaben verringert, sodann aber scheint es uns auch sachlich in mancher Beziehung besser, wenn die nachgehende Fürsorge von den Personen übernommen werden kann, die ohnehin durch ihre fürsorgerische Tätigkeit (Tuberkulose-, Familien-, Trinkerfürsorge, Mütterberatung usw.) oft schon gute Fühlung mit den Familien und eine besonders gute Kenntnis der örtlichen Verhältnisse haben. Schließlich glauben wir auch, daß die psychologische Wirkung auf den Kranken und die Angehörigen bei einer solchen Befürsorgung durch wenige Personen und Vermeidung aller Überorganisation bisweilen besser ist, als bei einem allzusehr spezialisierten Nebeneinander der verschiedenen Kräfte. Voraussetzung ist natürlich, daß genügende Eignung für psychiatrische

Digitized by Google

Betreuung bei den Fürsorgerinnen vorhanden ist, daß sie die nötige Zeit und Arbeitskraft für gründliche Wahrnehmung der neuen Arbeit haben, und daß es dem Fürsorgearzt gelingt, die notwendige wirklich freiwillige Bereitschaft und Anteilnahme für die ungewohnten und schweren neuen Aufgaben zu wecken und in kurzer Zeit die erforderliche Ausbildung zu vermitteln. Wir haben für diese letzte Aufgabe niemals — außer zwei einzelnen mehr allgemein gehaltenen Vorträgen — den Weg der Kursausbildung gewählt, sondern haben versucht, lediglich durch das praktische Zusammenarbeiten und Beispiel im Einzelfall die nötigen Kenntnisse zu vermitteln, und wir glauben, daß das angestrebte Ziel damit ganz gut erreicht werden kann. Von einer formalen Regelung dieser Arbeitsbeziehungen, Festlegen disziplinarer Befugnisse, usw. wie sie z. B. das Rundschreiben des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 4. X. 28 vorsieht und anregt, versprechen wir uns im gegenwärtigen Stand der Entwicklung gar nichts. Entscheidend ist die freiwillige Arbeitsbereitschaft von beiden Seiten, und das Beispiel unserer Anstalt zeigt, daß es sehr gut ohne papierne Statuten geht. Natürlich bedeutet uns der Ersatz der eigenen Anstaltspflegerinnen durch das Fürsorgepersonal der Behörden nicht ein starres Prinzip. Wir haben diesen Weg gewählt und beibehalten, weil unsere Erfahrungen uns dazu berechtigten. Selbstverständlich würden wir aber von Fall zu Fall auch anders verfahren, wenn sich das einmal irgendwo als sachlich wünschenswert erweisen sollte. Da der Fürsorgearzt die volle sachliche Verantwortung dafür trägt, ob die Hilfspersonen ihre Aufgaben in ausreichendem Maße erfüllen, auch wenn sie ihm formal nicht unterstehen, ergibt sich der sorgfältige und individuelle Einsatz der einzelnen Kräfte von selbst. Die Besuche und Beratungen erfolgen also durch den Fürsorgearzt meist in Gemeinschaft mit der Kreisfürsorgerin oder der Gemeindeschwester, bisweilen auch mit dem Kreisarzt oder dem Jugendpfleger, den weitaus größten Teil der nachgehenden Fürsorge übt die Schwester nach Weisung des Fürsorgearztes aus und berichtet an ihn nach Bedarf. Regelmäßig pflegte auch von Zeit zu Zeit in größeren Abständen der Anstaltsdirektor selbst an den Beratungen und Besuchen teilzunehmen.

Es wurde schon erwähnt, daß wir auf die anderenorts eingeführten Ausweise glauben verzichten zu können. Vor der Entlassung wird mit dem Kranken und den Angehörigen in der Anstalt die Frage der Fürsorge eingehend besprochen und wir lassen uns die übliche Einverständniserklärung unterschreiben. Es ist jedoch in den über 1000 Beratungen und Besuchen in unserer Fürsorge noch niemals nötig oder wünschenswert gewesen, sich

Digitized by Google

auf dieses oder ein ähnliches Rechtsmittel zu stützen. In einem einzigen Fall ist es einmal zu einer Bedrohung des Arztes durch einen stark betrunkenen reizbaren Alkoholiker gekommen, in allen anderen Fällen gelang es auch bei anfänglicher Ablehnung und Verständnislosigkeit immer leicht, die notwendige Fühlung und Bereitschaft zu schaffen.

Unsere Besuche erfolgen vollkommen nach Bedarf, d. h., wenn uns besondere Gründe zur Kenntnis kommen oder wenn der Fürsorgearzt nach seiner Kenntnis der Fälle die Zeit für gekommen hält. Die zeitlichen Abstände schwanken dementsprechend sehr erheblich. Die Festsetzung regelmäßig wiederkehrender Termine[1]) halten wir nur dann für empfehlenswert, wenn die Beratungsstunden in sehr kurzen Abständen wiederholt werden können; anderenfalls bedeutet eine einmalige Kollision mit der Zeiteinteilung unserer örtlichen Helfer, die sich bei der Ausdehnung von deren Arbeitsgebiet nicht immer vermeiden läßt, schon eine große Behinderung. Meist melden wir uns bei Besuchen nicht an. Zu den Beratungsstunden wird dagegen an jeden Patienten ein Brief geschrieben, etwa des Inhalts: »Am ... findet da und da die nächste Beratungsstunde unserer Entlassenenfürsorge statt. Bitte kommen Sie um ... Uhr dorthin.« Bisweilen fügen wir noch besondere Zusätze hinzu. Diese Schreiben werden möglichst persönlich gehalten und wenn sie auch natürlich im gleichbleibenden Text mit Durchschlag oder — neuerdings — Vordruck hergestellt sind, doch von Fall zu Fall wenn erforderlich mit persönlichen Weisungen ergänzt. Wir versuchen auch dadurch wie in unserer ganzen Handhabung das Schematisieren möglichst zu vermeiden, oder wenigstens zu mildern, und das Gefühl des persönlichen Kontaktes zwischen Arzt und Patient zu verstärken. Aus diesen und anderen Gründen haben wir auch immer davon abgesehen, die Beratungsstunden, wie es anderenorts üblich ist, durch Zeitungsanzeigen anzuzeigen.

Die Orte unserer Beratungsstunden sind infolge ihrer Vielzahl so gelegen, daß sie für die größte Zahl der umwohnenden Patienten leicht zu erreichen sind. Entstehen besondere Aufwendungen durch Zeitverlust und Reise für den Patienten und genügt nicht schon eine Bescheinigung für den Arbeitgeber, um den Patienten vor Lohnausfall zu bewahren, so haben wir selber in vereinzelten Fällen den Ausfall ersetzt. Dafür und für notwendige Unterstützungen stehen uns beschränkte Beträge des niederschlesischen Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke zur Verfügung. Die allermeisten Patienten und ihre Angehörigen kommen

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Seit 1931 haben wir regelmäßige Termine in monatlichem oder 14tägigem Abstand in den 5 Hauptorten unseres Sprengels einführen können.

Digitized by Google

gern und freiwillig, haben das Bedürfnis, den Arzt zu sprechen und tragen gerne die Mühe und die geringen Kosten der Reise.

Bei der Auswahl der Patienten, die in Fürsorge entlassen werden sollen, waren uns, wie schon erwähnt, durch den Zwang zu äußerster Sparsamkeit an Kräften und Mitteln Grenzen gezogen. Wir mußten uns deshalb durchaus auf den Kreis solcher Kranken beschränken, für die eine weitere Betreuung unbedingt geboten schien und praktischen Nutzen versprach, und bisweilen mußte auch eine geplante Frühentlassung verschoben werden oder eine sonstige Erfolg versprechende Maßnahme außerhalb der Anstalt unterbleiben, weil sie im Rahmen der bestehenden Organisation nur unter unverhältnismäßigem Aufwand möglich gewesen wäre. Immerhin sind diese Fälle ziemlich selten gewesen und es liegt auf der Hand, daß sie mit fortschreitendem Ausbau immer seltener werden müssen und somit immer ausschließlicher die sachlichen Gesichtspunkte die Auswahl bestimmen können.

Wenn wir bemüht waren, die Patienten, deren Befürsorgung nicht mehr unbedingt nötig erschien, auch bald wieder aus der Fürsorge zu entlassen und bei anderen Patienten wieder die Besuche seltener vornahmen und sie nicht zu jeder in ihrer Nähe stattfindenden Beratungsstunde bestellten, so bestimmte uns dazu auch unsere Auffassung, daß ein Zuviel an Fürsorge leicht zu einer unzweckmäßigen Bevormundung werden kann, und daß der angestrebte praktische Erfolg eben am besten erreicht wird, wenn in ganz individueller Handhabung der Maßnahmen nur die wirklichen Bedürfnisse des einzelnen Kranken berücksichtigt werden und Schematismus und Überorganisation keinen Raum gewinnen.

Was die praktische Ausübung der Fürsorge im einzelnen Fall anlangt, so möchte ich annehmen, daß unsere Tätigkeit nicht wesentlich von der anderer Anstalten abweicht; neben der rein psychiatrischen Beratung von Kranken, ihrer Umgebung und der behandelnden Ärzte rechnen wir die Hilfe in allen den tausenderlei Lebensnöten, die das seelische Gleichgewicht unserer Schützlinge bedrohen, selbstverständlich zu unseren Aufgaben. Die Tätigkeit des Fürsorgearztes muß daher in einem sehr viel weiteren Maße, als es die Anstaltsarbeit erfordert, sozialen und psychotherapeutischen Aufgaben zugewandt sein, und helfendes Eingreifen in Wirtschaftsfragen, Ehekonflikten, bei Wohnungsnot, Berufsberatung und Arbeitsbeschaffung und vieles andere mehr ist von Anfang an eine häufige, schwere, aber auch dankbare Aufgabe unserer Fürsorge gewesen. Bei solchen Kranken, die nicht Anstaltspatienten gewesen waren, sondern uns von den Ortsbehörden unmittelbar zugeführt wurden, — wir bezeichnen sie in unseren Aufzeichnungen als »W. A.-Patienten«, d. h. »Patienten des Wohlfahrtsamtes«, — standen oft noch etwas andere Fragen im Vor-

Digitized by Google

dergrund. Häufig handelt es sich da um Prüfung der Notwendigkeit der Anstaltsaufnahme, und seit unsere Organisation geschaffen ist, wird uns diese Frage oft vor allen weiteren Schritten und vor Stellung eines offiziellen Aufnahmeantrages gestellt. Daneben spielen die Beratung von Psychopathen, psychopathischen Trinkern, kriminellen und verwahrlosten Jugendlichen und Beratung in Erziehungsfragen eine besondere Rolle. Es wurde schon gesagt, daß wir diesen Teil unserer Aufgabe immer für recht wichtig und unsere Arbeit auf diesem Gebiet für fruchtbar gehalten haben; es wird im letzten Abschnitt dieses Aufsatzes davon die Rede sein, sodaß Einzelheiten hier übergangen werden können. Es sei noch erwähnt, daß wir selbstverständlich Behandlungen, die uns nicht zukamen, nie übernommen, sondern den zuständigen Ärzten überlassen haben, denen wir uns beratend zur Verfügung stellten. Irgendwelche Kollisionen haben wir dabei nicht erlebt, unsere Mitarbeit ist im Gegenteil immer gern als Hilfe angenommen worden.

Um denjenigen Lesern, denen die praktischen Aufgaben unserer Tätigkeit nicht vertraut sind, einen Einblick in unsere Arbeitsweise geben zu können, möchte ich in gedrängter kasuistischer Form eine Reihe praktischer Fälle schildern. Diese Fälle sind aus einer größeren Anzahl gleichartiger und ähnlicher bunt herausgegriffen. Sie sind typisch und scheinen geeignet, die speziellen sozialpsychiatrischen Aufgaben und das Ineinandergreifen von ärztlichem Handeln und Milieuwirkung zu illustrieren.

Fall 1. Martin U. Vater gestorben, Mutter ist landwirtschaftliche Arbeiterin, beantragt Anstaltsaufnahme des 18jährigen schwachsinnigen Sohnes, da sie tagsüber außerhalb des Hauses arbeiten muß, der Patient aber nicht allein bleiben kann — Gefahr der Verwahrlosung, evtl. unberechenbare Handlungen. Ärztliche Untersuchung ergibt, daß es sich um einen ruhigen und gutmütigen Imbezillen mit seltenen gereizten Reaktionen handelt, der nicht selbständig arbeiten und sich tagsüber nicht allein überlassen bleiben kann, der aber unter Anleitung und leichter Aufsicht brauchbar arbeitet und lenkbar ist. Gegen eine laufende Unterstützung von monatlich 6.— M. (!) gelingt es, die nötige Aufsicht tagsüber in der Bauernfamilie, bei der die Mutter mit dem Patienten wohnt, zu sichern. Pat arbeitet jetzt seit über drei Jahren dort brauchbar und ungestört. Durch Hinweise des Fürsorgearztes konnten einzelne unzweckmäßige Verhaltungsweisen der Umgebung, Neckereien u. ä. abgestellt werden.

Fall 2. Arthur Wi. Junger Mann, der von der Polizei wegen Landstreicherei aufgegriffen worden ist, hat im Polizeigefängnis angefangen zu »toben«. Wurde darauf wegen Tobsucht in der »Zelle« des Krankenhauses mehrere Tage interniert, vom Arzt Anstaltsaufnahme wegen Geisteskrankheit mit mangelhafter näherer Begründung beantragt. Genauere Untersuchung durch den Fürsorgearzt ergibt, daß keine Psychose vorliegt, das »Toben« ist wohl als situationsbedingte, nichtpsychotische Reaktion aufzufassen. Anstaltsaufnahme unnötig; Zelleninternierung unnötig und schädlich. Einstellung

Digitized by Google

des polizeilichen Verfahrens wegen »Verdacht der Landstreicherei« wird erwirkt. Pat. in Freiheit gesetzt.

Fall 3. Martha N. 43jährige unverheiratete Frau, immer still, zurückgezogen, hat seit 5 Jahren nicht gearbeitet. Klagte über rheumatische Beschwerden, deshalb seit Jahren zu Hause zu Bett. Von der Mutter sehr verwöhnt. Mutter starb Dezember 26. Pat. war trotzdem nicht zum Verlassen des Bettes zu bewegen, antwortete auf alle Vorhaltungen nur, »ich kann nicht.« Wurde als offenbar psychotisch in die Anstalt verlegt. (März 27). Diagnose der Anstalt: Schizophrenie mit Ratlosigkeit und Initiativelosigkeit, Halluzinationen nicht sicher nachweisbar, doch sehr wahrscheinlich. Pat. war in der Anstalt ohne Schwierigkeit zu regelmäßiger Arbeit zu bewegen, war immer still und unausgiebig, doch ohne jede gröbere Auffälligkeit. Am 8. 7. 27 entlassen. Zu Hause versuchte Pat. wiederholt, im Bett zu bleiben, begann immer erst auf Zuspruch des Fürsorgearztes wieder zu arbeiten, besorgt jetzt regelmäßig die Hauswirtschaft, während die Schwester Außenarbeit verrichtet. Der psychotische Zustand ist völlig unverändert geblieben. Bisherige Beobachtung 3 Jahre.

Fall 4. Willi P. 10jähriger Junge, kommt in der Schule schlecht mit, gilt deshalb als dumm und als Psychopath. Ist jetzt ertappt worden, als er seinen Eltern 10.— M. gestohlen hatte. Die Eltern fürchten eine »Verbrechernatur« in ihm, planen Fürsorgeerziehung. Durch Vermittlung des W. A. erfolgt vorher Vorstellung. Befund: Freundlicher, zugänglicher etwas verschüchterter Junge, durchschnittlich intelligent. Es besteht hochgradige Schwerhörigkeit auf beiden Ohren, die bisher von Eltern und Lehrern nicht erkannt worden war (!). Pat. versteht deshalb in der Schule vieles nicht, was gesprochen wird und kommt vermutlich daher so schlecht mit. Er hat vor kurzem versehentlich ein Fenster in der Schule zerbrochen, worauf ihm der Lehrer drohte, das müsse er bezahlen, sonst passiere was. Der Junge hat deshalb zu Hause die 10.— M. weggenommen und war auf dem Wege zum Glaser, als er ertappt wurde. Ergebnis: Keine Psychopathie, kein Schwachsinn; das Verhalten des Kindes ist das Produkt seiner Schwerhörigkeit und der falschen Behandlung durch die Erziehungspersonen. Ohrenbehandlung und zweckmäßigere Behandlung durch den Lehrer und die Eltern wurden veranlaßt.

Fall 5. Paul G. 60jähriger Kriegsverletzter (r. Bein amputiert). Trinker schweren Grades. Sehnervenathrophie infolge Alkoholismus. Von Sept. 24 bis Dez. 26 wegen Trunksucht in der Anstalt. Nach der Entlassung unter Vormundschaft des W. A. genaue Einteilung seines Geldes; Miete und andere Verpflichtungen wurden für ihn bezahlt, sodaß er nur das zum Essenkauf nötige Geld in die Hand bekommt. Pat. ist ganz uneinsichtig, klagt an, bramabarsiert, wird rückfällig, sobald er Geld erlangen kann; da er in seiner Kleinstadt aber bekannt ist, und Arzt und Vormund die in Frage kommenden Gastwirte beeinflussen können, sind diese Rückfälle zunehmend seltener geworden, Pat. ist ruhiger und äußerlich ordentlicher geworden, kann außerhalb der Anstalt bleiben. Dauer der Beobachtung $3^1/_2$ Jahre.

Fall 6. Otto M. 36jähriger Psychopath, zeitweise Trinker, schwere Kriegshysterie. Vom April bis Mai 28 in der Anstalt. Nach der Entlassung gleiches schwer querulatorisches Bild, grober Tremor der Arme, gereiztes, sehr ablehnendes Wesen, Arbeitslosigkeit, verbissener Kampf

Digitized by Google

gegen das städtische Gesundheitsamt. Es ließ sich feststellen, daß anscheinend das Gesundheitsamt tatsächlich einmal dem Patienten zu Unrecht unsoziales Verhalten nachgesagt und berechtigte Beschwerden abgewiesen hatte. Es gelang, diesen Konfliktstoff zu beseitigen. Es wurde dann dem Pat. schwer zugängliches Material für Flechtarbeiten, die er in der Anstalt gelernt hatte, beschafft. Pat. begann zu arbeiten und zu verdienen, schloß sich allmählich etwas auf und wurde beeinflußbarer. Herbst 28 Rückfall: Pat. lief von Haus fort, beging Schwindeleien. Strafverfahren. War danach völlig ablehnend, kam zu keiner Beratungsstunde, wollte sich zu Hause nicht sprechen lassen; beim Besuch erst verlegen und ausweichend, dann plötzlich auftauend, in starker Reaktion dankbar, »daß ihn der Arzt noch wie einen anständigen Menschen behandele, nachdem seine Frau und alle sich von ihm losgesagt hatten«. Bleibt dann zugänglich, arbeitet fleißig, Besserung des körperlichen Zustandes. Die Besserung hielt unter regelmäßigem ärztlichen Zuspruch während des langdauernden Strafverfahrens an, das zur Verurteilung führte. Es gelang, den Erlaß der Strafe auf dem Gnadenwege, da sich der Patient über ein Jahr tadelsfrei gehalten hatte, herbeizuführen. Pat. ist im gleichen relativ guten Zustand bis jetzt geblieben[2]).

Fall 7. Arthur Wa. 41jähriger schwerer Psychopath, Trinker, reizbarer Hysteriker, vielfach vorbestraft (Diebstähle u. ä.). Von 3. 5. 29. bis 1. 8. 29 in der Anstalt. Anscheinend bestehen periodische Phasen von Gereiztheit, Verstimmung und Hemmungslosigkeit. Gebessert entlassen. Wenige Wochen danach lief Pat. unter Drohungen von Hause weg. Vom Fürsorgearzt wurde darauf möglichst baldige Wiederaufnahme und Polizeischutz für die Frau beantragt. Pat. fand sich nach einigen Wochen wieder zu Hause ein, war nun ruhig und zugänglich. Es gelang, ihm geeignete Arbeit zu verschaffen, bei der er sich $1^1/_4$ Jahr gut gehalten hat. Hat in diesem Jahr eine Verurteilung wegen einer 2 Jahre zurückliegenden Bagatelle (Blumendiebstahl, Wert etwa 2.— M.!) durchgemacht, erhielt im Hinblick auf die Vorstrafen 4 Monate (!) Gefängnis mit Strafaufschub.

Fall 8. Erich R. 44jähriger, degenerativer Psychopath, rechthaberisch, querulatorisch; brutalisiert die Familie, hat immer wieder aus nichtigem Anlaß Zusammenstöße mit der Polizei. Vom Dez. 26 bis März 27 und vom Juli 27 bis April 28 in Anstaltsbehandlung. Zu Hause anfangs leidliches Verhalten, dann heftiger Kampf gegen die Behörde wegen einer Ordnungsstrafe von 5.— M. Pat. legte die Arbeit nieder, will lieber alles verlieren als bezahlen, die Polizei will andererseits »endlich einmal durchgreifen«. Es gelang in ziemlich langwierigen Verhandlungen, der Polizei klar zu machen, daß bei aller Anerkennung ihres sachlichen Rechts die Weiterführung der Angelegenheit als Kampf sinnlos sei, und die zu erwartende Entwicklung: verstärkte Reaktion des Patienten, Gerichtsverfahren, Haftpsychose, Anstaltsbehandlung — nur unverhältnismäßig hohe Kosten verursachen werde. Nach Niederschlagung der Bagatellstrafe hat Pat. wieder gearbeitet, neue Konflikte vermieden, kam auch mit der Familie aus. Natürlich besteht die konstitutionelle Bereitschaft zu neuen Konflikten unverändert fort.

Fall 9. Hermann X. Kleiner Beamter mit diffusen nervösen Be-

2) Anmerkung bei der Korrektur: Im Frühjahr 31 wurde wegen erneuter reaktiver Erregungszustände und Alkoholabusus nochmalige Anstaltsaufnahme nötig, nachdem sich Pat. vorher eine Zeitlang unserer Fürsorge entzogen hatte.

Digitized by Google

schwerden, für die die behandelnden Ärzte keinen objektiven Befund finden. Die Behörde ist trotzdem bereit, einen Erholungsurlaub zu gewähren, benutzt aber die Gelegenheit, in unserer Beratungsstunde den Patienten — auf Antrag des Amtsarztes — untersuchen zu lassen. Die Untersuchung ergibt beginnende Paralyse ohne nennenswerte manifeste neurologische Symptome. Die sofort veranlaßte Malariakur bietet Aussicht auf praktische Heilung.

Welche Kranke als noch geeignet für die Übernahme in Entlassenenfürsorge betrachtet werden, wieweit man glaubt, bei ihnen auf die Mittel der Anstalt verzichten und sie im Rahmen der offenen Fürsorge betreuen und sichern zu können, darüber ist natürlich oft nur schwer zu entscheiden. Die Stellungnahme wird immer weitgehend von der subjektiven Auffassung des Anstaltsdirektors, der die Entlassung verfügt, abhängen und in anderen Fällen von der Stellungnahme des Fürsorgearztes, wie weit er glaubt, die Verantwortung in kritischen Fällen übernehmen zu können. Wir glauben in dieser Hinsicht ziemlich weit gegangen zu sein. Gefährliche Handlungen unserer Entlassenenfürsorge-Kranken sind trotzdem bisher nicht vorgekommen[3]).

[3]) Während der Fertigstellung dieser Arbeit im Sommer 1930 haben sich 3 Fälle ereignet, die eine Ergänzung und Berichtigung dieser günstigen Bilanz erfordern. In 2 Fällen handelt es sich um Patienten, die in unserer Kasuistik als labile Psychopathen geschildert worden sind: Arthur W. und Erich R. Wegen W. wandte sich die Ehefrau an uns mit der Klage, er trinke wieder, skandaliere und bedrohe sie. Die alsbald erfolgende Nachforschung unserer Fürsorgeärztin ergab, daß W. inzwischen von Hause verschwunden war. Persönlich konnte er nicht erreicht werden. Die Fürsorgeärztin wies das Gesundheitsamt mit Nachdruck darauf hin, daß nach unserer Kenntnis von der Eigenart des Kranken eine neue krankhafte Phase angenommen werden müsse, in der er zweifellos als gefährlich anzusehen sei, und riet dringend — wie schon früher — zur sofortigen Wiedereinweisung in die Anstalt. Leider wurde der Rat nicht befolgt. Pat. wurde zwar in neuerlichem Erregungszustand aufgegriffen und in das städtische Siechenhaus (provisorische Irrenabteilung) gebracht, dort aber bald wieder entlassen. Er hat kurz darauf, ohne daß sich die äußeren Umstände bisher genau klären ließen, seiner Frau lebensgefährliche Verletzungen beigebracht und wurde nun wegen versuchten Totschlages in Haft genommen.

Sicherlich lassen sich solche Vorkommnisse nie mit Sicherheit auch bei noch so guter Fürsorgeeinrichtung verhüten. In diesem Fall jedoch scheint uns ein vermeidbarer Unglücksfall durch die Lässigkeit oder unberechtigte Zurückhaltung der ausführenden Behörden herbeigeführt. Wir möchten annehmen, daß ein besserer Ausbau der Organisation, der häufigere Anwesenheit des Fürsorgearztes in den einzelnen Orten und damit die Gelegenheit zu öfteren und eindringlicheren Unterweisungen bringen würde, zur Vermeidung solcher Vorkommnisse beitragen könnte.

Im 2. Fall Erich R. erfuhren wir, daß Patient eine Brandstiftung begangen haben soll und sich z. Zt. in Haft befindet. Näheres ist uns bisher noch nicht bekannt geworden. Wir glauben, daß das bei ihm nicht vorauszusehen war, und daß höchstens ein glücklicher Zufall dem Fürsorgearzt

Digitized by Google

Zu einem sicheren Suicid ist es einmal gekommen bei einer Patientin, die suicidal gegen ärztlichen Rat von den Angehörigen aus einer anderen schlesischen Anstalt nach Hause geholt und von der Anstalt unserer Fürsorge überwiesen worden war. Die Kranke wechselte mit Hilfe der unverständigen Angehörigen alsbald ihren Wohnsitz und beging kurz nach der Entlassung Suicid, ehe wir ihre Adresse hatten erfahren und mit ihr hatten in Beziehung treten können. Es ist sicher formal berechtigt, wenn manche Anstalten bei Entlassungen »gegen ärztlichen Rat«, also in Fällen, in denen eben noch die Anstaltsbehandlung für unentbehrlich gehalten wird, grundsätzlich die Übernahme in Entlassungsfürsorge ablehnen. Wir sind jedoch, ebenso wie in diesem Fall die überweisende Anstalt, der Ansicht, daß trotz solcher Bedenken doch überall im einzelnen Fall unsere Hilfsmittel eingesetzt werden sollen, wo sie eine wenn auch nur geringe Aussicht auf praktische Hilfe zu eröffnen scheinen.

Die Erfahrung, daß es im Kreise unserer Entlassenenfürsorge-Kranken trotz der Übernahme auch recht kritischer Fälle zu einer größeren Zahl von Unglücksfällen bisher nicht gekommen ist, hat uns natürlich ermutigt, wir sind uns aber bewußt, daß in entscheidendem Maße hier Faktoren mitwirken, die unserem Einfluß entzogen sind, für deren glückliches und günstiges Zusammenwirken wir dankbar sein müssen, ohne daß wir das Recht hätten, das Ergebnis uns als Verdienst anzurechnen.

Über unsere technischen Einrichtungen ist zu sagen: Irgend

hätte Gelegenheit geben können, bei dem Patienten solche Pläne rechtzeitig zu erraten und ihn an der Ausführung zu hindern. Ohne einen solchen Zufall hätte der Patient in seinem im ganzen gleichbleibenden psychopathischen Zustand ohne akute Auffälligkeiten sicher auch vom Arzt nicht als wieder anstaltspflegebedürftig angesehen werden können.

In einem 3. Fall ist ein 64jähriger Patient, der vom Jan. bis Okt. 29 wegen Depression und Paralysis agitans sine agitatione in der Anstalt gewesen war, zu Hause aus dem Fenster gestürzt und hat sich dabei tödlich verletzt. Wir konnten die Zusammenhänge auch in diesem Fall nicht völlig aufklären. Pat. war seit 9 Monaten aus der Anstalt entlassen und bis dahin psychisch unauffällig gewesen. Früher hatte er schon wiederholt Suicidversuche gemacht. Es ist nicht ganz ausgeschlossen, daß es sich auch diesmal um ein Suicid gehandelt hat. Dafür könnte sprechen, daß er der Ehefrau in den letzten Tagen etwas bedrückter als sonst erschienen war, freilich ohne daß sie darin einen Anlaß sah, sich wie in den früheren Fällen an den Arzt zu wenden. Für die Annahme eines unbeabsichtigten Unglücksfalles spricht, daß Patient selber keine Suicidabsichten geäußert hatte, wie er es früher wiederholt getan hatte, und daß er auch nach dem Sturz vor seinem Tode nichts derartiges äußerte. Es ist möglich, daß ihn ein ununglücklicher Zufall infolge seiner körperlichen Starre (ausgesprochene Propulsion bestand nicht) aus dem ungewöhnlich niedrigen Fenster der Wohnung hat stürzen lassen.

Digitized by Google

welche Bureaus außerhalb der Anstalt werden von uns nicht unterhalten. Ebenso benutzen wir nirgends Mietsräume, da uns die Ortsbehörden überall ihre Räume zur Verfügung stellen. Die Arbeit wird bisher ausschließlich nebenamtlich von einem Abteilungsarzt und von einer Schreibhilfe der Anstalt, die etwa mit $^1/_3$ ihrer Arbeitskraft dafür beansprucht wird, geleistet. Weiterer Einsatz von Anstaltskräften, abgesehen von der Vertretung des Fürsorgearztes an den Reisetagen findet nicht statt, da ja die nachgebende Fürsorge zum großen Teil von den Kreis- und Gemeindefürsorgerinnen nach unseren Anweisungen ausgeführt wird. Ein Anstaltsauto steht uns nicht zur Verfügung, die Reisen erfolgen mit Bahn und Mietsauto. Ein eigenes Auto schien uns bisher durchaus entbehrlich, da bei nebenamtlicher Fürsorgetätigkeit der Arzt die größere Beweglichkeit des Autos doch nur in geringem Maße ausnutzen könnte. Im Anstaltsbureau führen wir eine Liste der »Entlassungen in E. F.«, ein Aktenstück für allgemeine die Fürsorge betreffende Vorgänge und je ein Aktenstück für die 6 Kreise des Fürsorgesprengels für die Dinge, die die örtlichen Vorgänge betreffen. In Händen des Fürsorgearztes befindet sich ein Adreßbuch (neuerdings Kartothek), in dem die genauen Anschriften der betreuten Kranken nach Kreisen und innerhalb derselben nach Ortschaften geordnet eingetragen sind. Der Fürsorgearzt führt für jeden ehemaligen Anstaltskranken das Krankenblatt etwa in Form poliklinischer Einträge weiter und legt für noch unbekannte Kranke ein solches Krankenblatt an.

Die Kranken, die nicht ehemalige Anstaltspatienten sind, sondern uns von den Ortsbehörden unmittelbar vorgestellt werden (»W. A.-Patienten«), führen wir nicht in unseren Entlassenenfürsorge-Listen. Es wird für sie das übliche poliklinische Krankenblatt angelegt, das der Fürsorgearzt behält und das die ausreichende Unterlage für etwaige spätere Fragen bildet. Im übrigen ergänzen die örtlichen Fürsorgebehörden ihre vorhandenen Personalakten nach dem Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und Beratung und mit Hilfe des Arztes. Den Ortsbehörden bleibt auch die weitere ausführende Fürsorge, die Zuführung bei späteren Beratungsstunden und anderes mehr überlassen. Natürlich halten wir uns gegenseitig dabei über alle wichtigen Vorkommnisse auf dem laufenden. Bei der engen Zusammenarbeit genügt diese Handhabung im allgemeinen durchaus, um die praktisch notwendige Betreuung zu gewährleisten.

Besondere Vordrucke haben wir für unsere Krankenblätter nicht eingeführt. Die Krankenblätter bleiben nach Kreisen geordnet in den Händen des Fürsorgearztes. Außerdem wird von ihm in einem »Tagebuch« (Oktavheft) chronologisch jede Beratung und jeder Besuch eingetragen. Außer dem Datum und dem Namen

Digitized by Google

des Patienten wird dabei nur vermerkt, ob es sich um einen W. A.-Patienten handelt und ob der Kranke persönlich angetroffen worden ist.

Die Ausübung der Fürsorge kann nebenamtlich natürlich nur bis zu einem gewissen Anwachsen der Einrichtung durchführbar sein. Durch sorgfältige Auswahl und Beschränkung war das bisher bei uns zu ermöglichen. Wir sind jetzt aber nach Zahl und Art unserer in Fürsorge befindlichen Kranken an der Grenze angekommen und müssen damit rechnen, daß die Fürsorgearbeit in absehbarer Zeit als Hauptamt eines Arztes eingeteilt werden muß, damit der innere Wert der Arbeit und ihre Weiterentwicklung dem Rahmen entsprechen kann. Von dem Ausweg, der sich in Ostpreußen als gangbar erwiesen hat (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1930 Nr. 27), daß die Fürsorgearbeit einer Anstalt auf mehrere Anstaltsärzte verteilt wird, glauben wir abraten zu müssen. Das ganze Gebiet mit seinen vielfältigen und neuen Aufgaben scheint uns so geartet, daß eine gewisse Spezialisierung auf diese Aufgaben nötig und förderlich ist, die sicher nicht jedem Anstaltsarzt liegt, und gerade die so wichtige unschematische und individuelle Handhabung der Fürsorge erfordert auch einige Gewandtheit und Übung. Es ist aber auch nicht zu verkennen, daß das Nebeneinander von Fürsorge-Außendienst mit seinem ständigen Wechsel und seiner Unregelmäßigkeit der Zeiteinteilung einerseits und dem Abteilungsdienst andererseits, der wieder durchaus kontinuierliche Gleichmäßigkeit verlangt, eine erhebliche Erschwerung bedeutet, die wohl der einzelne Arzt und einzelne Abteilungen eine Zeitlang ohne Schaden vertragen, die aber unrationell ist und nicht zur Regel werden sollte. Eher scheint es uns möglich, daß, da bei besserem Ausbau der Organisation und größerer Beweglichkeit des Arztes ja viel rationeller gearbeitet werden kann, ein Fürsorgearzt die Fürsorgearbeit mehrerer Anstalten übernimmt.

Unser Zahlenmaterial stellt sich so dar: die Anstalt Bunzlau beherbergt 950—1000 Kranke, zu denen noch etwa 50 Familienpfleglinge kommen. Die Zahlen der Zugänge und Entlassungen betrugen in den letzten drei Geschäftsjahren:

Rechnungsjahr	Zugänge	Entlassungen nach Hause			
		a) ingesamt	davon wieder aufgenommen	b) in E. F.	davon wieder aufgenommen
1927	279	163	(13)	56	(5)
1928	301	156	(22)	45	(8)
1929[4])	311	207	(39)	79	(20)

[4]) 1930: 326 — 183 (35) — 41 (8).

Digitized by Google

Krankenbewegung in der Entlassenenfürsorge:

Rechnungsjahr	Zugang	Abgang	Bestand am Ende des Geschäftsjahres
1927	100	17	96
1928	48	59	85
1929[5])	91	50	126

Bei diesen Zahlen handelt es sich ausschließlich um ehemalige Anstaltskranke, die in unseren Listen geführt werden und für die der Anstalt die gesamte fürsorgliche Initiative und unter Umständen auch Unterstützungspflicht u. ä. zufällt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und im Hinblick auf die verschieden verteilte Fürsorgepflicht sind die durch die Ortsbehörden zugeführten Kranken in diese Zahlen nicht einbezogen worden. In den hohen Zugangs- und Bestandszahlen 100 und 96 für 1927 befinden sich noch 40 von den 45 nachträglich in E. F. genommenen Patienten, von denen im Laufe der nächsten Monate weitere 28 ausgeschieden sind. Abgesehen von diesen Zusatzzahlen entsprechen die Bestandszahlen an den jährlichen Stichtagen dem tatsächlichen langsamen Ansteigen der in Fürsorge verbleibenden Patientenzahl. Trotz des Bestrebens, diese Zahl durch Entlassungen aus der Fürsorge, sobald diese nicht mehr notwendig ist, einzuschränken, ist doch natürlich mit einem allmählichen Anwachsen dieser Bestandszahl zu rechnen, da ja auch bei sorgfältigster Auswahl und Beschränkung sich unter unseren zur Entlassung kommenden Patienten eine Reihe chronisch defekter Kranker befinden, die zweckmäßig einer langdauernden, oft sich über Jahre erstreckenden Fürsorge unterstellt werden. Im Gegensatz zu theoretischen Erwägungen scheint die Erfahrung zu lehren, daß es wichtig ist, bei solchen Kranken eine wenn auch nur ganz lockere Fühlung mit der Anstalt durch lange Zeit aufrecht zu erhalten, zumal, wenn doch mit der Möglichkeit von Schwankungen und Verschlimmerungen gerechnet werden muß. Wenn der Zustand der Kranken es gestattet, von intensiverer Befürsorgung abzusehen, so mögen vereinzelte Anfragen oder Besuche in langen mehrmonatigen Abständen genügen. Sie sind aber nützlich, weil sich dann die Angehörigen eher daran gewöhnen, sich im Falle der Verschlimmerung gleich und von selbst an den Fürsorgearzt zu wenden, der am besten die zweckmäßigen Entscheidungen treffen kann, so daß die bekannten unzweckmäßigen Umwege vermieden werden. Die Gewißheit, daß die Anstalt bei den noch in E. F. befindlichen ehemaligen Anstaltskranken berechtigt und bereit ist, sie auch nach längerer Zeit im Notfall ohne formale Erschwerung sofort wieder aufzunehmen,

[5]) 1930: 46 — 60 — 112.

Digitized by Google

gibt den Angehörigen aber auch eine Stütze und festigt in zweifelhaften Fällen oft ihre Bereitschaft, den Kranken zu Hause zu behalten. Es ist im übrigen ja zur Genüge bekannt und braucht hier nicht weiter erörtert zu werden, daß solche Erleichterungen der Aufnahmemöglichkeit geeignet sind, Frühentlassungen zu ermöglichen.

Für die folgenden Daten kann ich genaue Zahlen nur für die Zeit vom 14. 6. 27 an, für die letzten $2^3/_4$ Jahre, angeben, da vorher eine genaue zahlenmäßige Kontrolle nicht ausgeübt wurde. In dieser Zeit ($2^3/_4$ Jahre) wurden insgesamt von unserer Fürsorge betreut 338 Personen und zwar 218 ehemalige Anstaltspatienten und 120 »W. A.-Patienten«.

Im Jahre 1927 (vom 14. 6. 27 bis 31. 3. 28) wurden vom Fürsorgearzt 22 Reisen unternommen, es fanden 42 ärztliche Hausbesuche und 187 Beratungen in Sprechstunden satt. Dabei handelte es sich 8mal um die Beratung von »W. A.-Patienten«.

Für 1928 lauten die entsprechenden Zahlen: 43 Reisen, 106 ärztliche Hausbesuche und 248 Sprechstundenberatungen, 56mal handelte es sich um W. A.-Patienten.

Für 1929: 58 Reisen, 128 Hausbesuche und 471 Sprechstundenberatungen, 92mal handelt es sich um W. A.-Patienten. Die Besuche durch die örtlichen Fürsorgepersonen sind hierbei selbstverständlich nicht mitgerechnet[6]).

Unsere Kosten für die E. F. (Reisen, Tagegelder, Porti, Telephon usw.) betrugen:

1927	757,88	RM
1928	1672,90	„
1929	2038.93	„ [7]).

Bei dieser letzten Zahl ist zu berücksichtigen, daß eine Anzahl von Reisen zum Zwecke der Übergabe an einen Nachfolger von zwei Ärzten, also mit doppeltem Aufwand, gemacht werden mußte.

An Unterstützungen aus Mitteln des niederschlesischen Hilfsvereins wurden von uns gezahlt:

1927	591.—	RM
1928	1372.—	„
1929	1728.—	„

In all diesen Zahlen drückt sich natürlich nicht nur die Wirkung unserer Arbeit, sondern zugleich der Einfluß zahlreicher äußerer, oft zufälliger Faktoren aus. Die zahlenmäßigen Ergebnisse sollen daher nicht überschätzt werden und sie dürfen nicht als unmittelbarer Maßstab für den Umfang der Leistung und

[6]) Für 1930: 47 Reisen, 40 Hausbesuche und 658 Sprechstundenberatungen, 200 mal handelte es sich um W. A. Pat.

[7]) Für 1930: 1591,66 RM.

Digitized by Google

für die innere Entwicklung der Organisation angesehen werden. Immerhin läßt sich in ihnen neben dem allgemeinen Anwachsen der E. F. schon erkennen, daß mit fortschreitender Organisation eine günstigere Ausnützung der einzelnen Beratungsstunden und der einzelnen Reisen stattfindet und daß unsere Hilfe in steigendem Maße von den Ortsbehörden und zwar, wie wir sagen können, bereits sehr häufig prophylaktisch beansprucht worden ist. Zu den Entlassungsziffern der letzten Jahre (Tabelle 1) können wir auf Grund unserer Kenntnis der Einzelfälle sagen, daß neben anderen gleichsinnig wirkenden Faktoren, vor allem auch der Intensivierung der ärztlichen Arbeit in der Anstalt durch Vermehrung der Arztstellen, die E. F. mit dazu verholfen hat, höhere Entlassungszahlen zu erzielen.

Die Möglichkeit, ungeheilte Kranke auch außerhalb der Anstalt noch unter einer gewissen Aufsicht und Fürsorge halten zu können, die bessere Vertrautheit mit den konkreten häuslichen Verhältnissen und die Erfahrung, daß wir tatsächlich durch unser Eingreifen und Beraten praktisch oft in einem Umfange helfen und wirken können, wie wir es früher nicht erwartet hatten, all das gab und gibt uns in zweifelhaften Fällen doch oft den Mut, Frühentlassungen zu versuchen oder Anstaltsaufnahmen noch hinaus zu schieben, in denen wir das ohne diesen Rückhalt nicht wagen würden. Die im ganzen günstigen Erfahrungen, die wir dann mit solchen Frühentlassungen gemacht haben, wirken ihrerseits wieder im gleichen Sinne ermutigend.

Wir können also feststellen, daß die E. F. nicht nur ihre allgemein ärztliche und soziale Aufgabe zu erfüllen geeignet ist, sondern, daß sie in der hier gepflegten Handhabung auch bereits in dem angestrebten Sinne der Anstaltsentlastung wirksam ist. Wir fassen dieses Ergebnis von unserem ärztlichen Standpunkt aus nur als eine Teilleistung innerhalb eines größeren und sozial wichtigeren Aufgabenkreises auf; bei der ausschlaggebenden Bedeutung der Kostenfrage für jede Frage des weiteren Ausbaus scheint es jedoch unerläßlich, diesem Punkt unserer Ergebnisse besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Wir wollen daher versuchen, zu prüfen, ob und bis zu welchem Umfange sich unmittelbare Ersparnisse durch die E. F.-Arbeit auch zahlenmäßig nachweisen lassen. In sehr vielen Fällen wird ein solcher Nachweis, auch wo wir eindrucksmäßig glauben, einen positiven finanziellen Erfolg unserer Tätigkeit zu sehen, nicht möglich sein, weil zahlreiche andere unserem Einfluß entzogene Faktoren mitwirken. Eine bilanzmäßige Aufstellung kann aber natürlich nur dann für uns brauchbar sein, wenn sie mit Zahlen arbeitet, die eindeutig und kritischer Nachprüfung zugänglich sind. Wir müssen daher auf die Heranziehung der Mehrzahl unserer Fälle verzichten und

Digitized by Google

können uns nur auf jene Minderzahl stützen, in der die Verhältnisse so übersichtlich liegen, daß sie ein brauchbares Urteil über den Erfolg erlauben. Wir verzichten damit auf die bilanzmäßige Verwertung der Gesamtleistung der E. F., haben aber Aussicht, eine gesicherte Minimalzahl für die durch die E. F. erzielten unmittelbaren Ersparnisse zu finden. In den von uns ausgewählten Fällen ist es nicht schwer, die direkte Wirkung unserer Maßnahmen festzustellen, dagegen ist es natürlich auch hier z. T. vom subjektiven Ermessen abhängig, wie man die Zeitdauer abschätzen will, während der der Patient ohne unsere Maßnahmen in der Anstalt hätte behandelt werden müssen. Ich gebe deshalb kurz eine kasuistische Zusammenstellung einer Reihe typischer Fälle dieser Art als Beispiel und überlasse es dem Leser, zu prüfen, wie weit sein eigenes Urteil mit unserer Auffassung übereinstimmt:

Fall 10: Valentin L. 35 jähriger Mann. Wegen paranoider Schizophrenie mit Halluzinationen, Erregungszuständen, Depressionen vom 30. 8. bis 22. 12 27 in Anstaltsbehandlung. Gebessert entlassen; etwas initiativelos, ambivalent. Arbeitet regelmäßig. Im Herbst 1928 begann erneuter Schub: Unruhe, ratlose Depression, Schlaflosigkeit, Verfolgungsideen und Halluzinationen, Gereiztheit. Der Fürsorgearzt vermittelte neben den regelmäßigen Aussprachen, die dem Patienten anscheinend wohltaten und ihn günstig beeinflußten, Behandlung der körperlichen Beschwerden durch den Ortsarzt, Erholungspausen von der Arbeit und rechtzeitige Wiederbeschäftigung, Unterstützung der Familie, deren trostlose Wirtschaftslage den Patienten stark bedrückte. Nach 8 Monaten konnte der Schub als abgeklungen gelten, die Wahnideen, Halluzinationen und körperlichen Mißempfindungen traten zurück. Pat. geht jetzt wieder regelmäßig seiner Arbeit nach. Wir glauben, daß ohne die durch den Fürsorgearzt gegebenen oder veranlaßten Hilfen eine Anstaltsbehandlung wie bei dem früheren Krankheitsschub für eine Dauer von 4—6 Monaten unvermeidlich gewesen wäre.

Fall 11. Erdmann Ku. Ca. 25jähriger unverheirateter Mann, lebt bei Eltern und Bruder, die ihn seit Jahren als geisteskrank kennen. Er ist verschroben, zeitweise gereizt, oft unverständlich in seinen Äußerungen. Hat jetzt eine Reihe offener Karten an eine Gastwirtsfrau seines Dorfes geschrieben, in denen er sich in obszönen Ausdrücken und inhaltlosen Sätzen ergeht. Die Karten sind von der Post beschlagnahmt und dem Kreisamt zur weiteren Veranlassung (Strafverfahren oder Anstaltsaufnahme) übergeben worden. Befund: Ruhiger, verworrener Schizophrener, völlig einsichtslos, doch lenksam. Die Angehörigen, die auf die Art des Leidens und die Gefahr gröberer Konflikte hingewiesen werden, sind bereit und scheinen geeignet, die nötige Aufsicht und Anleitung zu zweckmäßiger Arbeit durchzuführen. Anstaltsaufnahme daher nicht nötig. Ebenso erübrigt sich ein Strafverfahren. Seitdem (6 Monate) kein Konflikt[8]). Bei Anstaltsaufnahme hätten wir mit mindestens 6 Wochen Anstaltsaufenthalt rechnen müssen.

Fall 12: Alfred Kr. 21jähriger Psychopath, war arbeitslos gewor-

[8]) Anmerkung bei der Korrektur: Im Mai 31 Anstaltsaufnahme wegen akuter Verschlimmerung, Versuche gefährlicher Handlungen.

Digitized by Google

den, hatte das zu Hause verschwiegen, hatte sich herumgetrieben, sich und die Familie in auffälliger Weise kompromittiert. (Schmutzige Kleidung, flegeliges Auftreten ohne Aktivität), zeitweise Wutausbrüche gegen die Angehörigen. Deshalb und wegen »drohender Verwahrlosung« Aufnahmeantrag. Die eingehende Exploration ergibt, daß eine neurotische Haßliebe mit masochistischen Tendenzen gegen den Bruder besteht. Von Anstaltsbehandlung wird abgeraten, Unterbringung außerhalb der Familie und allgemeine Psychotherapie in die Wege geleitet. Bisher — 6 Monate — keine weiteren Konflikte.

Wir veranschlagen die Aufenthaltdauer, wenn es hier zur Aufnahme gekommen wäre, auf mindestens 4 Wochen.

Fall 13: Franz E. 48jähriger Rentenhysteriker schwersten Grades. Vielleicht besteht außerdem eine Epilepsie mit seltenen, leichten Anfällen. Gefährliche Körperverletzung im Erregungszustand führte zur Anstaltsaufnahme. Im Juli 22 und vom Jan. 25 bis Juni 27 in der Anstalt. Gebessert entlassen, zu Hause alsbald wieder heftiger Rentenkampf, tägliche Ausfälle, »Tobsucht«, bedroht die Behörde und attackiert das Versorgungsgericht mit Stühlen und anderen Möbelstücken. Als die E. F. eingriff, war dem Patienten mit polizeilicher Verhaftung gedroht worden, falls er die Behörden erneut belästigen würde, und Anstaltsunterbringung für lange Dauer wegen Gemeingefährlichkeit beantragt. Nach eingehender Aufklärung über die Art des Leidens nahmen die in Betracht kommenden Beamten eine zweckmäßigere Haltung gegenüber dem Patienten ein. Dieses und die Möglichkeit regelmäßiger, längerer Aussprachen mit einem der Ärzte der Anstalt, von denen allein er sich »verstanden« fühlt, hat den Patienten so günstig beeinflußt, daß seitdem keinerlei Konflikte mehr erfolgt sind. Im übrigen verficht er seinen Rentenanspruch unbeeinflußbar durch alle Instanzen weiter. Der Kampf wird vermutlich mit der 100%igen Rente enden. Unser eigenes Gutachten in der Rentenfrage, das seinen Ansprüchen nicht günstig war, ist dem Patienten bekannt. Es wurde vorher sachlich mit ihm besprochen und hat an seiner Vertrauenseinstellung zu uns nichts geändert. Beobachtungszeit bisher 3 Jahre. Wir rechnen eine Anstaltsersparnis von mindestens vier Monaten.

Fall 14: Alois He. 19jähriger Junge, landwirtschaftlicher Arbeiter, ist bei einem sodomitischen Akt (Kuh) ertappt worden. Fürsorgeerziehung soll beantragt werden. Ärztliche Untersuchung ergibt, daß es sich um einen infantilen etwas schwachsinnigen Menschen ohne besondere sexuelle Triebrichtung handelt. Hatte einmal normalen Geschlechtsverkehr gehabt, aus dem ihm Unannehmlichkeiten erwuchsen. War daraufhin von einem Freunde auf die angeblich gefahrlosere sodomitische Betätigung verwiesen worden und war dieser Anregung erstmalig gefolgt. Nach dem Befund erschien Fürsorgeerziehung durchaus entbehrlich, Unterbringung bei verständigen Leuten, die sich um den Jungen kümmern können, genügt. Pat. arbeitet seitdem ohne Störungen und Konflikte, ist zugänglich und beeinflußbar. Beobachtungszeit bisher 6 Monate. Wir nehmen an, daß, wenn erst eine Aufnahme in die Fürsorge- oder in die Heilanstalt erfolgt wäre, der dortige Aufenthalt mindestens 6 Wochen gedauert hätte.

Fall 15: Hans Le. 36jähriger Schizophrener. Von Juni bis Dez. 23 in der Anstalt gewesen. Völlig zerfahrene, sinnlose Größenideen. Ist seit 1927 wiederholt drohend gegen einzelne Amtsstellen geworden, belästigt die Behörden mit sinnlosen Eingaben. Der Regierungspräsident hat den Kreisarzt

Digitized by Google

energisch um Abhilfe ersucht, Anstaltsüberweisung angeordnet, gegen die der Vater des Patienten in stark feindseliger Einstellung gegen den Kreisarzt opponiert. Es gelingt, eine Vereinbarung zu treffen, nach der die Eltern eine ausreichende Beaufsichtigung des Patienten übernehmen. Regelmäßige Beratung der Eltern über zweckmäßige Behandlung und Zeiteinteilung. Seitdem konnten neue Konflikte immer rechtzeitig vermieden werden. Dauer der Beobachtung $2^3/_4$ Jahre. Wir glauben hier mindestens 6 Monate Anstaltsaufenthalt erspart zu haben.

Aus der Zusammenstellung solcher gleichartiger Fälle ergibt sich für uns bisher[9]) eine nachweisbar direkte Mindestersparung von insgesamt etwa 240 Monaten = 20 Jahren Anstaltsaufenthalt, d. h. eine Zahl, deren finanzieller Gegenwert allein schon die Gesamtkosten unserer Organisation bei weitem übertrifft, zumal ja nicht nur die Kosten der Verpflegungstage, sondern auch die anderen Aufwendungen bei einer solchen Bilanz in Betracht gezogen werden müßten. Vor allem aber ist auch zu berücksichtigen, daß die Provinz, wenn es nicht gelungen wäre, auf diese Weise die Anstalten zu entlasten, sich wohl schon zu Neubauten hätte entschließen müssen.

Wir halten diese rechnerischen Feststellungen aus den angeführten Gründen für notwendig und nützlich im Hinblick auf den notwendigen künftigen Ausbau. Es wäre aber verkehrt, das an sich erfreuliche finanzielle Ergebnis als das Hauptziel der Fürsorgearbeit anzusehen Wir glauben vielmehr den wesentlichen Wert und Nutzen unserer Arbeit in Auswirkungen zu sehen, die in größerem Zusammenhang betrachtet und beurteilt werden müssen. Das entscheidend Wertvolle der Einrichtung der offenen Fürsorge erblicken wir darin, daß sie endlich den Pflichtenkreis und die Wirkungsmöglichkeit des Anstaltspsychiaters über die Anstaltsmauern hinaus ausgedehnt hat. Damit ist praktisch ein entscheidender Schritt getan worden zu der in unserer Zeit notwendigen sozial-psychiatrischen Arbeit und zur vorbeugenden seelischen Gesundheitspflege. Zu dieser Ausdehnung der behördlich psychiatrischen Fürsorge über die Anstalt hinaus drängten längst schon die neueren Ergebnisse der psychiatrischen Wissenschaft. Die Einblicke in das Wesen und den Aufbau vieler Psychosen und Neurosen, die wir in Sonderheit der psychoanalytischen Forschung verdanken, die Feststellungen von *Bleuler*, *Klâsi*, *Kretschmer* und anderen hinsichtlich der Beeinflußbarkeit schizophrener Zustandsbilder, der Ausbau der Heilbehandlung der Paralyse und schließlich Simons arbeitstherapeutische Anregungen, all das mußte unsere Vorstellungen von der therapeutischen Zugänglichkeit vieler Psychosen wesentlich ändern. Wir sahen Heilerfolge, die wir noch vor einem Jahr-

[9]) Berechnet bis 31. 3. 30.

Digitized by Google

zehnt nicht erwartet hätten, und wir lernten, wie wichtig und für den Erfolg oft ausschlagend es ist, daß die Therapie den richtigen Zeitpunkte nicht versäumt. Wir lernten aber auch zugleich schärfer als früher die therapeutischen Grenzen und die Schattenseiten der reinen Anstaltsbehandlung einschätzen und mußten erkennen, daß häufiger, als wir früher geglaubt hatten, eine Behandlung außerhalb des Anstaltsmilieus ärztlich wünschenswert ist. Es ist unverkennbar, daß sich mit diesen neuen Erkenntnissen der Wissenschaft auch das Schwergewicht in unserem therapeutischen Handeln verschiebt: Die psychiatrische Behandlung und Befürsorgung außerhalb der Anstalten gewinnt zunehmend an Wichtigkeit und Umfang, der Anstaltsbehandlung dagegen verbleibt nur ein Teil der früheren Domäne, während ihr zugleich umfangreiche neue und z. T. neuartige Aufgaben erwachsen. Die bisherige gesetzliche Regelung der Fürsorgepflicht für Geisteskranke in Preußen — in anderen Ländern z. B. in Sachsen, Baden und anderen ist die fachärztliche ambulante Beratung im Sinne der Fürsorge bereits gesetzlich geregelt — trug diesen modernen Erkenntnissen noch keine Rechnung. Sie beschränkt die Fürsorgepflicht der Provinzialverwaltungen, — abgesehen von der Fürsorgeerziehung Jugendlicher, unter denen ja Psychopathen und Imbezille ein Hauptkontingent stellen, — bisher lediglich auf die relativ kleine Gruppe von Geisteskranken, für die als einzige und unumgängliche Maßnahme nur die Anstaltsbehandlung in Frage kommt. Die sachgemäße Versorgung aller anderen geistig abwegigen und deshalb fachärztlicher Hilfe bedürftigen Personen, also auch aller Patienten im Frühstadium oder nach Abklingen der akuten Phasen echter Psychosen, blieb privaten und kommunalen Kostenträgern, den Krankenkassen und den Ortsärzten überlassen. Praktisch bedeutet das, daß von rechtzeitigen, ausreichenden und sachgemäßen Maßnahmen bei diesen gefährdeten und gefährdenden Personen gerade auf dem Lande und unter der armen Bevölkerung — und nur um diese handelt es sich hier selbstverständlich — nicht viel die Rede sein konnte. Daß die schwere wirtschaftliche Notlage im letzten Jahrzehnt diese Mißstände in kritischer Weise gesteigert hat, ist bekannt, und wie unter dem Mangel rechtzeitiger und durchgreifender Maßnahmen aus den vorhandenen Schwierigkeiten immer schlimmeres Elend und immer größere Übel und Lasten entstanden sind, das weisen traurig und eindringlich die Aufnahmeziffern der Irrenanstalten und die Erfahrungen der Jugendämter und Fürsorgeerziehungsanstalten und die Kriminalstatistiken aus. Gegen diese wachsende Not kämpfen zwar die nach dem Kriege eingeführten ausgedehnteren Wohlfahrtsbestrebungen der Kommunen an, oft aber bleibt ihnen der Erfolg versagt, weil sie gezwungen sind, ihre ohnehin

Digitized by Google

beschränkten Mittel ohne genügende sachverständige Zielsetzung und Planung einzusetzen. Denn jeder sachgemäße Einsatz von Mitteln in diesen Fällen setzt vor allem richtige Erkennung und Wertung der psychologischen Verhältnisse voraus. Daß aber eine solche Aufgabe — sozialpsychiatrische Beratung und Steuerung der Maßnahmen — von den allein zur Verfügung stehenden praktischen Ärzten und den Kreisärzten nicht geleistet werden kann, ist ohne weiteres einzusehen für den, der die ganz speziellen und oft abseitigen und recht schwierigen Fragestellungen auf psychiatrischen Gebieten zur Genüge kennt und beurteilen kann. Es ist also kein Zweifel, daß auf dem sozial-psychiatrischen Gebiete eine Notlage besteht, der gegenüber eine psychiatrische Tätigkeit, die sich nur auf die Behandlung in den Anstalten beschränkt, wenig ausrichten kann. Die Einrichtung einer offenen psychiatrischen Fürsorge durch die Provinzverwaltung stellte daher einen Entschluß von programmatischer Bedeutung dar und war eine soziale Tat, deren Tragweite wohl zunächst auch von den Behörden selber nicht voll erkannt worden ist. Die akute wirtschaftliche Not vor allem hat die preußischen Provinzen als Kostenträger der Anstalten zu diesem Entschluß getrieben: die drohende Überfüllung der Anstalten, die Unmöglichkeit, neue Anstalten zu bauen, machten es zur Pflicht, einen neuen Weg zu erproben, der anderwärts Erfolg zu bringen schien. Diese Genese einerseits und der Mangel an praktischer Erfahrung andererseits macht es auch verständlich, daß die Provinzialverwaltungen im Gegensatz zu dem großzügigeren Vorbild Bayerns, Badens u. a. zunächst glaubten, das erstrebte Ziel der Anstaltsentlastung und Ersparnis am ehesten durch straffe Begrenzung der Fürsorge auf die aus der Anstalt entlassenen oder schon zur Aufnahme beantragten Geisteskranken zu erreichen. Die eingangs gegebene Schilderung der Entwicklung der niederschlesischen Entlassenenfürsorge erwähnte bereits, daß bei uns auch schon von Anfang an die weitsichtigere Initiative unserer leitenden Verwaltungsstellen gegen mancherlei Widerstände und Bedenken ankämpfen mußte. Wir Ärzte glaubten demgegenüber von vornherein, daß die reine Entlassenenfürsorge nur eine Teilaufgabe eines größeren Wirkungsgebietes darstellen kann und daß man, wenn man Anstaltsbedürftigkeit verhüten will, die Kranken und Gefährdeten rechtzeitig und möglichst früh aufsuchen und betreuen muß, d. h. auch zu einem Zeitpunkt, in dem der Gedanke an die Anstaltsbehandlung noch gar nicht aufgetaucht ist und die Patienten noch nicht zum Kreise der nach § 6 der preußischen Ausführungsverordnungen vom 17. 4. 1924 geschützten Personen gerechnet werden können, in dem sie vielmehr die Sorgenkinder der Jugendämter, der Polizeibehörden, der Wohlfahrtsämter und anderer örtlicher Behörden und Verbände

Digitized by Google

sind. Wir wissen, daß aus diesen Kreisen sich später eine Menge unserer Anstaltskranken rekrutiert und daß dort gerade eine planvolle ärztliche Prophylaxe beginnen muß. Von dieser Erkenntnis ausgehend haben wir von Anfang an die Bunzlauer Organisation in der geschilderten Weise aufgebaut, die es uns ermöglicht hat, innerhalb unseres Fürsorgesprengels in ziemlich weitem Umfange zum psychiatrischen Berater der Behörden und Ärzte zu werden, ohne daß sich dadurch die Kosten und Lasten der Einrichtungen zu erhöhen brauchten. Die Zeitspanne ist zu kurz, um abschließende Urteile zu gestatten. Wir glaubten aber bereits feststellen zu können, daß sich auch schon bei uns diese Ausdehnung des Aufgabenkreises förderlich im Sinne der Anstaltsentlastung ausgewirkt hat. Fall 2 und 11, aber in weiterem Sinne auch Fall 9 der mitgeteilten Kasuistik können als typische Beispiele dafür gelten. Die speziellen Interessen der Provinz als Kostenträger der Anstalten gehen eben durchaus parallel den Zielen einer weiter orientierten psychiatrischen Fürsorge überhaupt.

Die Richtung einer rationellen Fürsorgearbeit der Anstalten muß daher zweckmäßig von der ganz allgemeinen Zielsetzung ausgehen, der Allgemeinheit die durch geistig gestörte oder abwegige Personen erwachsenden Schäden und Lasten durch rechtzeitiges sachgemäßes Eingreifen zu ersparen, ganz gleich, ob die Entwicklung des krankhaften Zustandes den Patienten zu Anstaltsbedürftigkeit, Kriminalität, Verwahrlosung, Arbeitsunfähigkeit oder anderen Nöten zu führen droht. Je selbsbverständlicher die psychiatrische Fürsorgearbeit unter diesem größeren Gesichtswinkel erfolgt, um so sicherer wird es gelingen, in engem Zusammenwirken aller an dem gleichen Ziel beteiligten Instanzen rasch und rechtzeitig zum Einsatz ärztlicher und ärztlich empfohlener sozialer Hilfsmaßnahmen zu kommen, vermeidbaren Schäden vorzubeugen und in einem entsprechenden Teil der Fälle auch die Anstaltsbedürftigkeit zu verhüten oder abzukürzen. Unsere Erfahrung und unsere Beurteilung der Zusammenhänge entspricht somit durchaus den von *Kolb* zuerst aufgestellten Grundsätzen, die auch anderwärts durch die praktischen Ergebnisse bestätigt worden sind.

Es ist uns nicht zweifelhaft, daß die Entwicklung jeder rationellen psychiatrischen Fürsorge schließlich diese Richtung einschlagen muß und einschlagen wird, die Notwendigkeit und die Vorteile einer solchen Entwicklung sind aber heute von der Öffentlichkeit und den Behörden noch keineswegs ganz anerkannt worden. Immer noch wird der Kreis der Personen, für die die Notwendigkeit psychiatrischer Beratung und Mitarbeit zugegeben

Digitized by Google

wird, viel zu eng umgrenzt. Daß und aus welchen Gründen es nützlich und notwendig ist, die ausgesprochen geisteskranken Personen unserer Betreuung zuzuführen, auch wenn sie nicht schon Beziehungen zu einer Anstalt haben oder hatten, ist freilich heute kaum mehr strittig. Anders aber ist die Einstellung der Nichtärzte gegenüber der viel größeren Gruppe von Menschen, die nicht ausgesprochen psychotisch, wohl aber in weiterem Sinne geistig und seelisch abwegig sind und die als asoziale und sozial gefährdete Elemente die Behörden beschäftigen. Es sind die Menschen, die wir nach dem üblichen Einteilungsschema in den Gruppen der Psychopathen, der Trinker, der Kriminellen und der asozialen und gefährdeten Jugendlichen antreffen. Bei diesen Menschen ist der nicht ärztlich denkende Beurteiler noch allzu oft geneigt, nur die asozialen Auswirkungen der Wesensart des Patienten zu sehen und zum Gegenstand der Behandlung zu machen und vermag nicht die krankhaften Grundlagen zu erkennen und anzugehen, aus denen die Konflikte und die Schäden erwachsen sind. Aus der wissenschaftlichen Forschung und den ausgedehnten praktischen Erfahrungen vor allem der letzten Jahrzehnte wissen wir längst, daß alle diese »asozialen Elemente«, wenn es darauf ankommt, nicht nur zu strafen, sondern Schäden zu vermeiden und der Allgemeinheit Lasten zu ersparen, unter einem einheitlichen Gesichtswinkel, eben dem des Psychiaters und Psychotherapeuten angesehen und behandelt werden müssen. Handelt es sich doch gerade bei diesem Kreis meist um Menschen, denen eben infolge ihrer krankhaften Wesensart die Fähigkeit der Einordnung und die normale pädagogische Beeinflußbarkeit mangelt. Ihre Behandlung muß versuchen, auf die ursächlichen Zusammenhänge, die die Schwierigkeiten geschaffen haben, die seelische Konfliktbereitschaft einzugehen und darf sich nicht nur mit dem Symptom, dem oft zufälligen äußeren Konflikt befassen. Dazu gehören aber die Voraussetzungen gründlicher psychiatrischer Schulung. Eine rechtzeitige sachgemäße Steuerung der fürsorgerischen Maßnahmen ist bei diesen Personen besonders wichtig, weil häufiger noch als bei den psychotischen Erkrankungen der Erfolg der Maßnahmen davon abhängt, ob früh genug eingegriffen wird.

Es mag eingewendet werden, daß der breite Raum, den Psychopathen-, Jugend- und Trinkerfürsorge in der Wohlfahrtsarbeit der Behörden einnehmen, und die vielfache Beachtung, die der Begriff der Psychopathie heutzutage bei der strafrechtlichen Beurteilung Krimineller findet, unseren Ausführungen zu widersprechen scheint. In der Tat ist ja heutzutage der Begriff der Psychopathie in Laienkreisen nicht mehr unbekannt und die Fürsorgebehörden und die Richter wenden diesen Fragen oft ihr besonderes Interesse zu, aber diese naturgemäß nur oberflächliche theoretische

Digitized by Google

Kenntnis genügt in der Praxis ganz und gar nicht, um eine zweckmäßige planvolle Behandlung zu gewährleisten. Das ist leicht zu verstehen, wenn man sich vergegenwärtigt, auf welche Schwierigkeiten wir gerade bei Erkennung und Beurteilung psychopathischer Personen oft stoßen. Wir sehen solche Menschen konfliktbereit und oft gefährlich reizbar, gehemmt oder expansiv, unberechenbar in ihrem Affektablauf, dabei aber völlig geordnet, oft intelligent und besonders gewandt und jedenfalls ohne jedes leichter erkennbare Symptom gröberer Geistesstörung sich bewegen. Von der Umgebung werden sie bald wegen intellektueller Leistungen fälschlich überschätzt, bald werden sie ebenso zu Unrecht nur mit moralischem Maßstab beurteilt und als Störenfriede und Schädlinge gehaßt und schlecht behandelt, fast nie aber ist der Laie imstande, diese Menschen leidenschaftslos und sachlich anzusehen und als Kranke zu beurteilen, deren seelischer Defekt einer Behandlung bedarf. Verhaltungsweisen der Umgebung aber, die einem gesunden Menschen gegenüber zweckmäßig und förderlich sein würden, pflegen bei diesen Naturen oft gerade unzweckmäßig und schädlich zu sein und neue Kampfbereitschaft und neue Konflikte auszulösen. Je nach den äußeren Umständen und der mehr zufälligen äußeren Form, in der ihr asoziales Handeln in Erscheinung tritt, werden diese Menschen den Gruppen der Trinker, Rechtsbrecher, asozialen Jugendlichen u. a. zugeordnet, und nach diesem äußeren Schema bestimmt sich im allgemeinen auch das weitere Vorgehen der Behörden und das äußere Schicksal der Kranken.

Wenn wir zu einer planvollen und fruchtbaren psychiatrischen Fürsorgearbeit kommen wollen, müssen wir bei allen diesen Menschen in erster Linie rechtzeitig prophylaktisch vorgehen. Dazu ist es nötig, daß Öffentlichkeit und Behörden erkennen, daß die übliche nach äußeren Gesichtspunkten getroffene Gruppeneinteilung und die sich daraus ergebende Verschiedenheit des Vorgehens sachlich keine Berechtigung hat, daß es sich vielmehr um eine einheitliche Gruppe seelisch krankhaft gestörter Menschen handelt, die nur verschiedenartig auf Lebensschwierigkeiten reagieren. Bei ihnen allen ist mit moralischer Wertung und Beurteilung ihrer Handlungsweise nichts getan, mit dem Versuch, ihr äußeres Wirken, das »Symptom« ihrer krankhaften Veranlagung, allein zu beeinflussen, nicht viel, eine wirksame Behandlung muß den krankhaften Wesenskern erfassen.

Es soll nicht behauptet werden, daß alle Trinker, alle Kriminellen, alle asozial handelnden Personen Kranke im engeren Sinne sind, und ärztlicher Behandlung bedürftig sein müßten; sicher aber ist das weit häufiger der Fall, als es in Laienkreisen heute noch angenommen und zugegeben wird, und die Entscheidung

Digitized by Google

darüber wird im Einzelfall erst die psychiatrische Untersuchung bringen. Unser Ziel ist es also, der möglichst frühzeitigen psychiatrischen Mitarbeit bei der Beurteilung und der Behandlung aller dieser Menschen Raum zu schaffen, ganz gleich, welcher Gruppe asozialer Elemente sie äußerlich zugehören und welche Instanzen sich mit ihnen sonst beschäftigen.

Es wurde bereits eingangs darauf hingewiesen, daß die größten und umfangreichsten Fürsorgeorganisationen (Erlangen u. a.) zum Teile diesem Ziele schon näher sind. Wir wollen in folgendem prüfen, ob und unter welchen Bedingungen auch Provinzen mit kleineren und wirtschaftlich beschränkten Entlassungsfürsorgeorganisationen der Anstalten in der Lage sind, ihre Fürsorgearbeit in der gleichen Richtung zu entwickeln.

Die technischen Schwierigkeiten sind überall da nicht groß, wo die Provinzen über ein ausgebreitetes und örtlich günstig verteiltes System von psychiatrischen Zentren in den Anstalten verfügen. Da jetzt wohl in fast allen Anstalten die Außenfürsorge, wenn auch noch ohne bewußte Ausbreitung auf weitere Ziele, eingerichtet oder in der Entwicklung begriffen ist, bedarf es nur geringer organisatorischer Erweiterungen und verhältnismäßig geringer Mehrkosten, um das Geforderte zu leisten, falls, wie wir es uns zum Grundsatz gemacht haben, auch wirklich nur das Notwendigste als Aufgabe anerkannt und übernommen wird. Eine großzügigere und umfassendere Fürsorgearbeit auf Grund der theoretischen Erwägungen und systematische Ausbreitung bis zu einem allgemeinen psychiatrischen Gesundheitsdienst an der Gesamtbevölkerung hat sicher ihren großen Wert und ist überall da angebracht und weitaus rationeller, wo die Mittel reichlich genug für den breiteren Aufbau zu Gebote stehen. Für uns speziell in den verarmten östlichen Provinzen kann jedoch nur ein System durchführbar und nützlich sein, das mit einem Minimum an Mehraufwand doch den Anforderungen gerecht wird, die die Praxis als wichtigste Aufgabe heutzutage stellt. Unter diesen Erwägungen haben wir unser Fürsorgesystem aufgebaut, das wir als eine Variante des Erlanger Systems bezeichnen möchten, bei dem wir durch Beschränkung der Patientenzahl, durch Wegfall fast jedes bureaumäßigen Apparates, vor allem aber durch die Übertragung der nachgehenden Fürsorge auf die örtlichen Fürsorgekräfte versucht haben, den Aufwand an Kräften und Mitteln möglichst niedrig zu halten, während wir durch die Art des organisatorischen Aufbaues, die aufklärende und aktive Mitarbeit des Fürsorgearztes bei den örtlichen Aufgaben und durch die möglichst unschematisierte und bewegliche Art der ärztlichen Arbeit von vornherein

Digitized by Google

unsere Fürsorge zu Übernahme der größeren sozialpsychiatrischen Aufgaben zu befähigen und einzuführen bemüht waren. Wir glauben, diese Organisationsform den Anstalten, die sich in ähnlicher Lage befinden und ähnliche Aufgaben haben, empfehlen zu sollen. Es kann bei dieser Art des Aufbaues genügend positive und nützliche Arbeit geleistet werden, während die Mehrbelastung der Entlassenenfürsorge durch die Mitarbeit bei den Behörden fast nur in der stärkeren Ausnutzung der ärztlichen Arbeitskraft besteht.

Es wurde darauf hingewiesen, daß die Psychopathen und viele Trinker, Kriminelle und asoziale Jugendliche ärztlich unter einheitlichem Gesichtspunkt anzusehen und zu beurteilen sind, und daß sie alle einer vorwiegend sozial-psychologisch orientierten ärztlichen Behandlung bedürfen, für die nach Lage der Verhältnisse z. Zt. nur die behördlichen Psychiater in Frage kommen können. Da wir mit unserer psychiatrischen Mitarbeit Lücken ausfüllen wollen und uns in die bestehenden Fürsorgesysteme eingliedern müssen, ist es notwendig, zu dem gleichen Ziel auf verschiedenen Wegen hinzuarbeiten. Am häufigsten werden die Fürsorgeärzte bisher zur Mitarbeit dort herangezogen, wo die Behörden bereits eine eigene Psychopathen- und Trinkerfürsorge eingerichtet haben. Diese Arbeit wird in der Regel auch für den Arzt den geeigneten Ausgangspunkt bilden, das Fürsorgepersonal über das Wesen der Psychopathie vom ärztlichen Standpunkt aus zu unterrichten, soweit es nötig erscheint, und durch Hinweis zur häufigeren und schärferen Erkennung psychopathischer Veranlagungen beizutragen. Eine Hemmung der Entwicklung auf diesem Teilgebiet ist nicht von seiten der örtlichen Organisationen, eher von seiten der Anstaltsdirektionen und der Provinzialbehörden zu erwarten, die besorgen, daß sich aus dieser erwünschten Mitarbeit schließlich eine Übernahme übergroßer neuer und den Anstalten nicht zukommender Verpflichtungen entwickeln könnten. In der Tat besteht ja auch gerade bei der Wesensart vieler solcher Kranken eine gewisse Gefahr, daß bei Übernahme der ganzen fürsorgerischen Initiative auf die Anstalt die Bindung der Kranken an die Anstalt und ihre Hilfe über Notwendigkeit groß wird und damit Lasten entstehen, die vermieden werden können. Andererseits können wir uns aber nicht die gelegentlich geäußerten Bedenken zu eigen machen, daß die Fürsorgeärzte sich von diesem Kreis von Kranken möglichst zurückhalten sollten, da die Arbeit doch undankbar sei und »nichts dabei herauskomme«. Wir sind im Gegenteil der Meinung, daß gerade diesen Menschen Verständnis eben gemeinhin nur vom Psychiater entgegengebracht werden kann und daß es unsere Pflicht ist, diesen doch auch kranken und hilfsbedürftigen Menschen wenigstens die Hilfe zuteil werden zu lassen, die nach ihrem Zustande möglich ist, auch da, wo der Erfolg den ärztlichen Wün-

Digitized by Google

schen nicht zu entsprechen verspricht. Im übrigen beurteilen wir jedoch auch die Dankbarkeit der Psychopathenberatung nach unseren eigenen Erfahrungen günstiger, als es manchenorts geschieht. Ich möchte in diesem Zusammenhang z. B. auf die Fälle 6,7, 13 unserer Kasuistik verweisen. Wir sehen eine günstige Lösung in der Handhabung der Psychopathenberatung, wie sie sich bei uns herausgebildet hat: Der Fürsorgearzt steht für jede Form der Beratung zur Verfügung. Die Hilfsmaßnahmen, die Bereitststellung der Mittel, die Zuführung zu den Beratungen bleibt — im Einklang mit den ärztlichen Anordnungen — Sache der Ortsbehörden. Bei dieser Arbeitseinteilung erweist sich die bei uns durchgeführte ständige Zusammenarbeit mit den Gemeindefürsorgerinnen als besonders zweckmäßig.

Eine ähnliche Handhabung empfehlen wir für die Gruppe der Trinker. Ich möchte vorausschicken, daß natürlich bei »Trinkern« sehr nach der Volksart und der Art des Alkohols unterschieden werden muß. Verhaltungsweisen und Wesensart der Patienten und die dadurch bedingten therapeutischen Möglichkeiten, wie ich sie z. B. bei den Biertrinkern in Bayern beobachten konnte, sind bei den fast hauptsächlich Schnaps genießenden schlesischen Trinkern undenkbar. Verschlossenheit, Gereiztheit und Neigung zu verbissenen Gewalttaten, andererseits rapides Verfallen an den Schnaps und die Unmöglichkeit, mäßig zu bleiben ohne völlige Abstinenz, das scheint uns charakteristisch für das Schnapspotatorium, wie es in Schlesien vorherrscht. Über Weinpotatoren fehlen uns hier die Erfahrungen. Es wäre dankenswert, wenn diese Unterschiede einmal zusammenfassend und vergleichend dargestellt und in bezug auf die sich daraus ergebenden Verschiedenheiten der psychiatrischen Fürsorgearbeit von kompetenter Seite bearbeitet würden. Wir übernehmen hier vorzugsweise solche Trinker in unsere Fürsorge, bei denen die psychopatische Grunderkrankung das wesentliche ist. Außerdem werden uns Trinker, bei denen Anstaltsbehandlung schon unvermeidbar erscheint, zugeführt und fast immer pflegt die sachlich autoritative Aufklärung und Ermahnung durch den Arzt eine zeitlang bessernd zu wirken, wenn andere Maßnahmen bereits versagt haben. Es gelingt zumindestens fast immer, den Termin der Aufnahme um Wochen oder Monate hinaus zu schieben und vor der Aufnahme ein erwünschtes Belastungsexperiment zu machen, dessen Ergebnis später bei der Entlassung die Entscheidung erleichtert. Aber auch hier überlassen wir den örtlichen Fürsorgeorganisationen die praktische Tätigkeit und die Verantwortung, die sie sachlich leisten können, unterstützen sie andererseits nach Möglichkeit durch jede gewünschte Form von Beratung auch in organisatorischen und zielsetzenden Fragen. Daß unsere Arbeit auf diesem trübsten Ge-

Digitized by Google

biet unseres sozialen Aufgabenkreises ein undankbares und elendes Flickwerk ist, darüber sind wir uns ja alle klar und ebenso darüber, daß daran nichts Entscheidendes geändert werden kann, solange es in Deutschland nicht gelingt, der wurzellosen und verarmten Bevölkerung Arbeit, Wohnung und die Möglichkeiten eines Familienlebens zu schaffen und so lange an jeder Straßenecke die Destillen uneingeschränkt an jeden Menschen zu jeder Stunde und in jeder Menge Alkohol ausschenken können.

Anders liegen die Dinge bei der Gruppe der Kriminellen. Die Allgemeinheit und die Behörden insbesondere sind durchaus gewohnt, kriminelle Handlungen als nur moralisch zu bewertende »Untaten« anzusehen, und Unkenntnis, Überlieferung und Affekt versperren allzu häufig den Zugang zu sachlicher Beurteilung und zweckmäßigem Handeln. Aus der beruflichen Erfahrung und aus dem besseren Wissen um die psychologischen Abläufe und Bedingtheiten kennt der Psychiater am besten die Herkunft überwiegend vieler krimineller Handlungen aus der psychopathischen Veranlagung. So sehr der Wert psychologischer und ärztlicher Betrachtungsweisen für die Beurteilung vieler Rechtsbrecher von den modernen Strafrechtsinstanzen in der Theorie anerkannt wird, so wenig entspricht doch die praktische Handhabung diesen Erkenntnissen. Allzusehr noch beschränkt man sich darauf, entsprechend der modernen Auffassung Milde im Urteil walten zu lassen und pädagogische Einwirkungen zu versuchen, wenn die Straftat, — das Symptom und Endergebnis der abwegigen Entwicklung, — schon erfolgt und der abschüssige Weg schon beschritten ist, während die Folgerung aus unseren ärztlichen Erkenntnissen als wichtigstes eben eine ausgedehnte und frühzeitige Prophylaxe verlangt. Die Fürsorgeerziehung kann infolge ihrer durch gesetzliche Regelung gezogenen Grenzen und ihrer Art nach immer nur einen Teil der Gefährdeten erfassen und ihre Wirkungsweise ist begrenzt und oft sehr zweifelhaft. Aufgabe einer rationellen Fürsorge, die sich auf die Verhütung der Kriminalität richtet, muß es dagegen sein, schon bei jeder psychopathischen asozialen Auffälligkeit auch im frühen und kindlichen Alter auf Grund sachverständiger Urteile mit kritisch ausgewählten Mitteln einer zu befürchtenden Entwicklung vorzubeugen. Andererseits muß angestrebt werden, Rechtsbrecher, bei denen die Annahme psychopathischer Veranlagung nur irgendwie naheliegt, möglichst schon bei dem ersten Konflikt und möglichst bald der sachverständigen Beurteilung zugänglich zu machen und nicht erst im Verlauf ausgedehnter, oft wiederholter Verfahren nach langem Instanzenweg. Daß damit, wenn nicht erst der ganze umständliche Justizapparat in Bewegung gesetzt wird, oft nicht nur im Interesse der Kriminellen selbst, sondern auch der Allgemeinheit erheblich genützt und eine Unmenge unnütz vertaner Arbeit und Kosten gespart

Digitized by Google

werden könnte, liegt auf der Hand. Praktisch ist dies Ziel für uns zu erreichen durch zweckmäßigen Ausbau der Jugend- und Psychopathenfürsorge unter psychiatrischen Gesichtspunkten, andererseits durch planmäßige Aufklärung der zuständigen Behörden über Wesen, Wichtigkeit und Häufigkeit der psychopathischen Züge bei Rechtsbrechern mit eindringlichem Hinweis darauf, daß eine baldige psychiatrische Beurteilung oft besser und rascher zu einer für alle Teile zweckmäßigen Behandlung des Falles verhilft, als die einseitige Verfolgung des formalen Instanzenweges (vgl. Fall 6 und 8). Als ein zu erstrebendes Ziel schwebt uns die Schaffung zahlreicherer gerichtspsychiatrischer Stellen vor Augen, denen diese Arbeit dann zufällt. Vorläufig wird aber die erste ärztliche Instanz, an die die in Frage kommenden Behörden sich bei Kriminellen zu wenden haben, immer der Amtsarzt sein und sein müssen. Die praktische Aufgabe des Fürsorgearztes besteht daher zunächst darin, immer wieder durch Hinweis und Aufklärung für rechtzeitige Beachtung krankhafter Zusammenhänge zu sorgen und durch möglichst weitgehende Bereitschaft zur konsiliarischen Hilfe die Arbeit der Amtsärzte in den oft sehr schwierigen Spezialfragen sachlich zu fördern und die Zusammenarbeit im Dienste der Sache anzubahnen. Dieses letzte setzt natürlich Bereitschaft und sachliche Einstellung von beiden Seiten voraus und wird nicht immer ganz leicht sein. Es ist wohl kein Zufall, wenn wir immer wieder die Erfahrung machen, daß unsere Hilfe in solchen speziellen Fachfragen am weitgehendsten gerade von den Kollegen in Anspruch genommen wird, die selber bereits über ein größeres Maß psychiatrischer Vorbildung verfügen, als es die Ausbildung verlangt und als es dem Durchschnitt entspricht. Oft wird es natürlich für eine Prophylaxe zu spät sein und bezüglich der Behandlung werden wir bisweilen ebenso wenig Rat wissen, wie die Nichtärzte, aber häufig wird unser Wissen nützen können. Die leidenschaftslose ärztliche Betrachtung kann oft grobe Fehlmaßnahmen verhüten; ihr den Raum zu verschaffen, der ihr sachlich zukommt, muß zum Nutzen der Allgemeinheit unser Ziel sein.

Das über die Prophylaxe bei Kriminellen und bei kriminellen Jugendlichen Gesagte gilt in ganz gleicher Weise für die Gruppe der für die Fürsorgeerziehung sonst in Betracht kommenden und in anderer Hinsicht geistig abwegigen Jugendlichen. In einer niederschlesischen Fürsorgeerziehungsanstalt hat sich die seit Jahren eingeführte enge Zusammenarbeit eines Psychiaters mit dem jugend-psychologisch geschulten Pädagogen recht nützlich erwiesen. Uns scheint es erstrebenswert, daß solches Zusammenarbeiten auf den ganzen Kreis jugendlicher Konfliktsmenschen ausgedehnt und allmählich auch für diejenigen Fälle, bei denen die Einleitung der Fürsorgeerziehung noch nicht ins Auge gefaßt worden ist, zu einer Selbstverständlichkeit wird.

Digitized by Google

Ähnlich liegt es auch bei den jüngeren schwer erziehbaren Kindern. Für einen kleineren Kreis seelisch abnormer Kinder, die Hilfsschüler mit intellektuellen Defekten, wird die fachärztliche Mitberatung heutzutage bereits in ausgedehnterem Maße, wenn auch noch keineswegs so selbstverständlich, wie es uns vom psychiatrischen Standpunkt aus nötig erscheint, in Anspruch genommen, denn bei ihnen ist es der Umgebung meist ohne weiteres bewußt, daß es sich um krankhafte Störungen handelt. Anders aber ist es bei vollsinnigen Kindern, bei denen seelische Hemmungen und Triebkonflikte bestehen, für die den meisten Eltern und Erziehern die Einsicht fehlt. Die moderne Jugendpsychologie und wieder in Sonderheit die psychoanalytische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten eine Fülle wichtiger und wertvoller Erkenntnisse zutage gefördert und hat uns da ein weites und dankbares Aufgabengebiet gezeigt. In Laienkreisen herrscht zwar heutzutage eine besondere Vorliebe für oberflächliche psychologische und pädagogische Theorien, und ebenso oberflächliche Erziehungsexperimente sind an der Tagesordnung, das tiefere Wissen um die seelischen Zusammenhänge und die wirkliche Erfahrung in der Behandlung solcher Kinder ist aber unter den Lehrern so selten wie unter den Eltern. Hier handelt es sich um tiefenpsychologische in das Gebiet der neurotischen Erkrankungen gehörende Zusammenhänge, die vom psychologisch und psychotherapeutisch geschulten Arzt erkannt und durch rechtzeitiges sachgemäßes Handeln oft behoben werden können. Es ist daher Aufgabe des Arztes, hier zu raten und zu helfen, und wir müssen mit ärztlicher Arbeit die pädagogische Arbeit des Lehrers ergänzen. Gerade von den einsichtigsten und feinsten Lehrern hören wir häufig die Bitte, ihnen mit unserem beruflichen Wissen zu helfen, über das sie nicht verfügen können. Wir erstreben also jugend-psychologische und heilpädagogische Beratung der Erziehungspersonen in allen Fällen von Schwererziehbarkeit. In Großstädten ist dieser Fürsorgezweig längst in seiner Wichtigkeit erkannt und vielfach großzügig organisiert worden. Auf dem Lande und in der Kleinstadt bleibt es Eltern und Lehrern überlassen, wie sie sich in den Fällen, in denen sich ihnen das Pathologische der Kinder aufdrängt, und in denen sie mit dem üblichen Vorgehen nicht weiterkommen, Hilfe verschaffen wollen. Der Schularzt wird nach unseren Erfahrungen nur in den seltensten Fällen über das Wissen und die Eignung zu heilpädagogischer Hilfe auch in schwierigeren Fällen verfügen. Nun ist das Sondergebiet der Jugendpsychologie freilich heute bereits so groß, und stellt so viele wichtige Anforderungen, daß auch von dem psychiatrischen Fürsorgearzt billigerweise nicht die Beherrschung des ganzen Aufgabenkreises gefordert werden kann. Dafür wäre heute schon eine ganz spezielle Vorbildung erforderlich. Immerhin wird aber der Psychiater noch weit eher als der

Digitized by Google

praktische Arzt in der Lage sein, die psychopathologischen Fragen und Zusammenhänge zu übersehen und Rat zu schaffen. Uns scheint in diesem Zusammenhang ein Vorschlag gut, der von pädagogischer Seite ausgegangen ist: Der jugendpsychologisch geschulte Pädagoge der niederschlesischen Erziehungsanstalt Wohlau, Oberlehrer *Pietsch*, hat in einer Denkschrift die Einrichtung pädagogischer Beratungsstunden für unsere Provinz angeregt. Ganz ähnlich wie wir sie für die Organisation der psychiatrischen Fürsorge erstreben und in kleinem Rahmen unseres Fürsorgesprengels durchgeführt haben, soll ein von der Provinz beauftragter pädagogischer Fachmann an den verschiedensten Orten regelmäßig Beratungsstunden abhalten und Lehrer und Eltern in schwierigen Fällen mit seiner speziellen Erfahrung unterstützen. Wir halten diesen Vorschlag für sehr zweckmäßig und da die Provinz in ihren Erziehungsanstalten bereits über geeignete Persönlichkeiten verfügt, scheint uns die Durchführung auch in Notzeiten nicht unmöglich. Von den Pädagogen wie bei uns ist eben auch erkannt worden, daß rationelles Helfen beim Vorbeugen einsetzen muß. Wir würden es für ratsam halten, diese pädagogischen Beratungsstunden mit den Beratungen der psychiatrischen Fürsorge zu vereinigen, die gemeinsame Bearbeitung der Grenzfragen durch Pädagogen und Psychiater scheint uns Erfolg versprechend. *Pietsch* ist von sich aus zu den gleichen Schlüssen gekommen. Daß die Zusammenarbeit in besonderem Maße von beiden Seiten geeignete Persönlichkeiten voraussetzt, bedarf wohl nur der Erwähnung.

Ich glaube in meinen Ausführungen dargelegt zu haben, daß ein Ausbau der Entlassenenfürsorge in der vorgeschlagenen Weise auch da durchführbar ist, wo ungünstige wirtschaftliche Verhältnisse zu bescheidenem Einsatz zwingen, und daß die Einbeziehung der angeführten Aufgabengebiete sich in gleicher Weise zum Nutzen der Anstalten wie der Allgemeinheit auswirken wird. Ich möchte aber noch einmal betonen, daß ich mit meinen Vorschlägen nicht zur Vielgeschäftigkeit und Überorganisation anregen will. Im Gegenteil scheint es mir unter den gegebenen Verhältnissen für einen gesunden Fürsorgegedanken wichtig, daß wirklich nur notwendige und praktisch nützliche Arbeit bei klar erkannten Aufgaben geleistet wird. Je weniger dabei schematisch vorgegangen wird, und je ausschließlicher das gewissenhafte ärztliche Ermessen über Notwendigkeit und Entbehrlichkeit im Einzelfall den Ausschlag gibt, um so erfolgreicher wird die Arbeit sein. Unter diesen Voraussetzungen ist der skizzierte Ausbau auch in unseren Ostprovinzen mit minimalen Mehrkosten schon jetzt überall möglich, wo ein Fürsorgearzt hauptamtlich tätig ist, und daß wenigstens die Grundlage zu einem solchen Ausbau auch ohne alle Mehrkosten und bei nebenamtlicher Tätigkeit des Fürsorgearztes geschaffen werden konnte, zeigt das Beispiel unserer Anstalt.

Digitized by Google

Zur Frage der Anstaltsbehandlung asozialer Alkoholiker insb. der sog. Selbststeller.

Von

Dr. **L. M. Schwarz**, z. Zt. Oberassistent am Inst. f. gerichtl. u. soziale Medizin d. Univ. Berlin.

Es sind bereits 30 Jahre her, seitdem die ausführliche Mitteilung von Moeli »Zur Statistik der Anstaltsbehandlung der Alkoholisten« erschienen ist (Allgemeine Zeitschrift für Psych. Bd. 58, 588), in der er das Material der Jahre 1893/99 bearbeitete. *Moeli* betrachtete seine Ergebnisse als »nur zum Teil und stets nur im großen und ganzen verwertbare«, wie es auch uns nicht möglich war, die Erhebungen nach allen Richtungen so genau durchzuführen, daß sie allen Anforderungen einer statistischen Zusammenstellung entsprechen. Es liegen auch in der Besonderheit des Materials derartige Schwierigkeiten vor, daß die Mühewaltung nicht lohnend genug erschien, welche notwendig wäre, dieses Material zahlenmäßig nach allen Richtungen zu erfassen. *Moeli* bezeichnete die damaligen Ergebnisse der Anstaltsbehandlung als »durchaus unbefriedigend«, da selbst diejenigen Kranken, die sich in der Anstalt einer Entwöhnung radikal unterworfen haben, »in erheblichem Maße rückfällig wurden«. Gerade weil die Übung der Widerstandskraft durch die Anstaltsbehandlung nicht möglich war, sprach sich *Moeli* sehr warm für die Heranziehung der Familienpflege und durchgreifende Förderung der Enthaltsamkeitsvereine aus, denn gerade diese schienen diejenigen Personen günstig zu beeinflussen, die für gute Regungen noch zugängig waren. Bei den meisten Personen waren jegliche Bemühungen vergeblich: »Überraschend war mir selbst die unbestreitbare Tatsache der Häufigkeit freiwilliger Rückkehr zur Anstalt.« Für uns bedeuten die zahlenmäßigen Ergebnisse unserer Zusammenstellung keine Überraschung, bildete doch den Ausgangspunkt folgender Zusammenstellung der Wunsch zu erfahren, welchen Anteil diese vergebliche Liebesmüh von der Arbeit unserer Anstalt überhaupt beansprucht. Gerade die Häufigkeit der freiwilligen Meldung eines bestimmten »Kundenkreises« hat es uns nahe gelegt, nicht die alkoholische Anamnese als die Sammlungsparole in den Vordergrund zu stellen. Vielmehr richtete sich zunächst unser Augenmerk ganz ohne Berücksichtigung der Alkoholanamnese auf alle diejenigen Persönlichkeiten, die teils mit, teils

Digitized by Google

ohne äußeren Anlaß, sich freiwillig zur Aufnahme meldeten und jedem Anstaltsarzt als »Selbststeller« nicht nur als Typus sondern meist auch als einzelne Personen wohl bekannte Erscheinungen sind.

Seit *Moelis* Mitteilung haben wir den großartigen Rückgang der anstaltsbedürftigen Alkoholiker während des Krieges und in den ersten Nachkriegsjahren erlebt. Dieser Rückgang ist leider in einen steilen Anstieg umgewandelt worden, wie es aus folgender Zusammenstellung hervorgeht.

Wenn auch ein direkter Vergleich zwischen den Anstalten Herzberge und Buch aus örtlichen Gründen nicht ohne weiteres möglich ist, so seien hier doch die in verschiedenen Jahren nach dem Kriege ermittelten Zahlen vollständigkeitshalber angeführt, im Vergleich mit unseren Zahlen, welche an dem Material der Heil- und Pflegeanstalt Buch-Berlin gewonnen worden sind.

		im Jahre	Aufnahmen	davon Alkoholiker	in %
Herzberge	*Falkenberg*	1924	—	—	33%
	„	1925	1396	628	45%
	Salinger	1926	1480	698	46%
Buch-*Schwerz*		1929/30	1316	698	53%

Wir sehen also ein ständiges Ansteigen der Alkoholiker zuungunsten der anstaltsbedürftigen Geisteskranken.

Die Erkenntnis über die Zwecklosigkeit der Anstaltsbehandlung der Alkoholiker ist dann so weitgehend in das ärztliche Bewußtsein übergegangen, daß nach *Falkenbergs* zahlenmäßiger Zusammenstellung die mit dieser Frage beschäftigten Autoren wie *Salinger, Bratz, Cimbal* nur noch die Frage zu erörtern für nötig hielten, auf Grund welcher gesetzlich bestehenden Bestimmungen die Verfügung über den Verbleib des Alkoholikers in der Anstalt dem Arzte überlassen werden oder ihrer Überweisung ins Arbeitshaus *(Salinger)* veranlaßt werden könnte, bzw. welche neuen gesetzgeberischen Maßnahmen den Arzt in geeigneter Weise hierzu autorisieren würden. Die länger dauernde Zurückhaltung schien um so aussichtsreicher zu sein, als das strenge Verfahren des »Abstinenz-Sanatoriums« im Rahmen der Wittenauer Heilstätte diese Anstalt bereits in kurzer Zeit von den lästigen Besuchen der Selbststeller befreit hat. *Bratz* teilt mit, daß 1927 von 250 Trinkern nur 10% Selbststeller und im 1. Jahre des Bestehens des Abstinenz-Sanatoriums unter 266 Alkoholikern nur 7% Selbststeller waren. Ohne auf den zu erwartenden Nutzen neuer gesetzgeberischer Maßnahmen einzugehen, kann schon an dieser Stelle vorweggenommen werden, daß jedenfalls im Rahmen der Berliner Verhältnisse diese Zahlen nichts zu bedeuten haben. Mögen die 250 Alkoholiker, wie das z. T. der Fall zu sein scheint, in befrie-

Digitized by Google

digender Weise durch die Sanatoriumsbehandlung beeinflußt sein, sie bilden sicherlich den zugänglichsten Teil der Alkoholiker. Wir glauben sogar, daß dies auch für die wenigen Prozent Wittenauer Selbststeller zutrifft, sofern es sich nicht um »Anfänger« handelt. Die fortgeschrittenen, die Routiniers haben es nicht nötig, sich der strengen Zucht unterwerfen zu lassen und verteilen sich in den andern beiden Anstalten der Stadt Berlin. *Moeli* hat schon vermerkt, daß ein Teil der Alkoholiker guten Regungen durchaus zugänglich ist, längere Zeit dem Alkohol entsagen, und was wichtiger, in seinem Milieu ein achtenswertes Dasein führen kann. Die folgenden Ausführungen sollen klarstellen, wie weit dies für den Selbststeller zutrifft.

Der Selbststeller kommt nur selten am Tage, erst spät abends nach 10 Uhr oder am besten mit dem »Lumpensammler« d. h. mit dem letzten Zug, der zu der außerhalb der Stadt gelegenen Anstalt fährt. Gerade diese sind die »Routiniers«, die genau wissen, daß auch ein etwas weniger entgegenkommender Aufnahmearzt nur selten sich dem Argument verschließen kann, daß kein Zug mehr in die Stadt zurückfährt. Ob sie sich in betrunkenem Zustand melden oder nicht, ist mehr Sache des vorhergegangenen zufälligen Geldverdienstes, wenn auch nicht selten die nötige Stimmung zwischen Bahnhof und Anstalt ergänzt wird. Der Selbststeller beruft sich nur selten auf seine Krankheit und ist selbst verwundert, wenn man nach Motiven für seine Rückkehr fragt. Er zeigt seine Schuhe, beklagt seine Fußschmerzen, er hätte kein Obdach, er wisse nicht weiter, er komme draußen nicht mehr durch, er finde keine Arbeit. Es bedarf schon eines gewissen Interesses, wenn man erfahren will, daß ihn ein Angstgefühl plagt. Er traut sich angeblich nicht über den Damm und zeigt meist schon ohne Aufforderung das Zittern seiner Finger. Womöglich versichert er am Schluß, daß er Brennspiritus getrunken habe, und bittet dann um seine Aufnahme, um sich zu erholen. Das Leugnen der Alkoholanamnese kommt so gut wie gar nicht vor; das bleibt den von den Bezirksämtern auf Wunsch der Familie Eingewiesenen vorbehalten. Von diesen Typen gibt es nur wenig Ausnahmen. Bei dem einen mutet es fast schon wie die Selbstbewußtheit einer Weltanschauung an, wenn er auf den Einwand, er wäre doch kein Geisteskranker, und warum er eine Irrenanstalt aufsucht, zur Antwort gibt: »es heißt aber Heil- und Pflegeanstalt«. Ein 22jähriger junger Mann zieht, als er die Bedenken des Aufnahmearztes vernommen hat, ein großes geöffnetes Taschenmesser aus der Tasche, legt es mit Seelenruhe auf den Tisch und erklärt: »Herr Doktor, wenn Sie mich abweisen, ersteche ich mich vor der Tür.« Er weiß ganz genau, wie wenig angenehm das für den Arzt sein würde. — Dies sind ungefähr die drei Typen, die weniger auf Grund von Charaktereigenschaften sich auf so verschie-

Digitized by Google

dene Weise gebärden. Die erste Gruppe umfaßt alle diejenigen, die am Ende ihrer Laufbahn so weit abgestumpft sind, daß sie den Anstaltsaufenthalt als eine Gnade ansehen. Die zweite Gruppe versteht die Vorteile der Anstaltsversorgung zu schätzen und die Zeit ihres Aufenthaltes richtet sich nach einem erwünschten Programm. Die dritte Gruppe ist erst am Anfang ihrer Laufbahn, es sind die Dilettanten, die glauben solche drastischen Mittel anwenden zu müssen, wie der 22jährige.

Bevor wir aber zu eingehender Besprechung des Krankenmaterials schreiten, wenden wir uns der überaus wichtigen Frage zu, in welchem Maße diese Personen unsere Anstalt in Anspruch genommen haben.

Tabelle I

In der Zeit vom 1. 7. 29—30. 6. 30 ist die Zahl der
Gesamt-Aufnahmen = **1786**, davon sind
1283 Selbsteller
503 Zugewiesene.

Die 1283 Selbststeller betreffen 813 Personen, da 470 Aufnahmen erfolgten bei Personen, die mehrmals im Jahre (bis 8 mal) sich zur Aufnahme meldeten.

813 Selbststeller	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	ledig	unbekannt
davon	129	92	46	132	414	10
	16%	10.4%	21.4%		51%	1.2%

454 = 55% ungelernte Arbeiter

813 Selbststeller	Alkohol	Sonstige Rauschgifte	Rest
	698	41	74
	739 = 90%		

1786 Gesamtaufnahmen
470 mehrfache Stellungen
1316 = Gesamtpersonen
739 = Rauschsüchtige
577 = Seelenstörungen

1316 = Gesamtpersonen
davon 739 = 56% = Rauschsüchtige, 577 = 44% = Seelenstörungen.

In der Zeit vom 1. VII. 29 bis 30. VI. 30 war die Zahl der Gesamtaufnahmen auf der Männerseite 1786. Von diesen sind 1283 = 60% Selbststeller. Nur 503 Personen sind als Kranke zugewiesen worden. Die Tabelle 1 gibt einen kurzen Überblick über die Zusammenstellung des Materials. Es zeigt sich, daß diese 1283 Selbststellungen nur 813 Personen betreffen, denn 470 Auf-

Digitized by Google

nahmen erfolgten bei Personen, die mehrmals im Jahre (bis 8mal) sich zur Aufnahme meldeten.

Schon allein die Familienverhältnisse sind geeignet gewisse Anhaltspunkte für die Beurteilung dieses Materials zu geben. Nur ein verschwindender Teil (129 = 16%) lebt mit der Familie zusammen. Für denjenigen, der Gelegenheit gehabt hat, dieses Zusammenleben aus einiger Entfernung zu betrachten, braucht der Wert dieses Familienlebens nicht geschildert zu werden. Von den restlichen 84% sind 10,4% verwitwete Personen, 21,4% sind geschieden oder von ihrer Familie getrennt und 414 Personen = 55%, eine für die Gesamtbevölkerung unwahrscheinlich hohe Zahl, sind niemals zur Gründung einer Familie gekommen. Wir glauben für die Beurteilung des Materials diejenigen wenigen Personen vernachlässigen zu können, die sich in einem Alter befinden, in dem die Gründung einer Familie nicht völlig ausgeschlossen ist.

Wie bereits eingangs angedeutet, ist das Material ohne Berücksichtigung der alkoholischen Anamnese zusammengestellt worden. Erst die nachträgliche Prüfung ergab das nicht überraschende Ergebnis, daß nur 74 Personen = 10% als Nichtrauschsüchtige mit andersartigen Geisteskrankheiten sich zur Aufnahme meldeten. Unter den restlichen 90% befanden sich nur weitere 5% = 41 Personen, die wegen Alkaloidmißbrauch in die Anstalt kamen. Hingegen spielte bei 698 Personen = 85% der Alkohol die Rolle des Wegweisers in die Anstalt. Alles in allem befanden sich also unter den 1316 Personen dieses Jahres 739 = 56% Rauschsüchtige, eine Zahl, auf die noch besonders zurückgekommen werden wird. Bevor noch eine genaue Einzeldarstellung erfolgt, sei nur aus dem Gesamtmaterial hervorgehoben, daß von 813 Selbststellern 454 = 55% ungelernte Arbeiter sind.

Es war nicht möglich, das Gesamtmaterial des Jahres einzeln zu erforschen, da äußere Umstände eine frühzeitige Fertigstellung der Arbeit verlangten. Aus diesen und eingangs erwähnten Gründen beschränkten wir uns auf die genauere Betrachtung von rund 200 wahllos aus dem Material herausgegriffenen Personen. Da die Teilergebnisse im wesentlichen mit den bisher angeführten Ergebnissen des Gesamtmaterials übereinstimmten, glauben wir mit diesen 200 Personen das Gesamtmaterial genügend zu charakterisieren. Entsprechend dem Gesamtmaterial befinden sich wie

Tabelle II zeigt

unter 200 Personen sind	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	ledig	unbekannt
	24	17	14	35	110	
	12%	8½%	7%	17½%	55%	

Digitized by Google

12% Verheiratete, $8^1/_2$% Witwer gegenüber von $24^1/_2$% getrennt Lebenden und 55% Nichtverheirateter. Vielleicht noch mehr als diese Zahl besagt der Umstand, daß unter diesen 200 Personen nur 22 = 11,0% eine genaue Dauer-Wohnung angeben konnten. Der Rest vagabundiert, sofern nicht das Entgegenkommen der beiden Irrenanstalten in Anspruch genommen wird.

Da für die Beurteilung des Materials für die Prognose auch ein Rückblick, auf die Leistungen der Jugendjahre in denen die verheerende Wirkung (?) des Alkohols fehlte, von weittragender Bedeutung ist, hielten wir es für nützlich, auch die Schulleistungen in der Tabelle III zusammenzustellen.

Tabelle III.

Unter 200 Personen verteilte sich die Schulbildung auf

Akademischer Beruf oder I. Reife	Angefangenes Studium in einer höheren Schule	Volksschule I. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	nicht bis zur 3. Klasse	Dorfschule	Hilfsschule
—	4	82	78	16	12	7	1
	2%	41%	39%	8%	6%	3,5%	0,5%

Es ergab sich die auffallende Tatsache, daß sich unter diesen 200 Personen keine einzige mit akademischer Bildung, aber auch nicht mit abgeschlossener höherer Schulbildung befand. Nur vier Personen haben ein Studium in höheren Schulen angefangen ohne es zu beenden. Es mag sein, daß unter den Anstaltsinsassen weit weniger Personen mit höherer Schulbildung sich befinden, als es der Verhältniszahl der Gesamtbevölkerung entspricht (genaue %-Zahlen stehen mir leider nicht zur Verfügung). Jedenfalls liefern die vorliegenden Zahlen zweifellos einen Beweis dafür, daß dieses Material keineswegs lediglich durch besondere Ungunst späterer Jahre aus der Bahn geworfen wurde. Selbst eine erfolgreiche Absolvierung der Volksschule konnte nur bei 82 Personen = 41% vermerkt werden und neben 78 Personen, die nur bis zur 2. Volksschulklasse vorgedrungen sind, besteht die recht erhebliche Zahl von 36 Personen, deren Volksschulbildung als unbedingt mangelhaft zu bezeichnen ist.

Eine einzige Zahl genügt aber, um zu zeigen, in welcher Richtung die Weiterentwicklung erfolgte. Unter den 200 Personen befanden sich 126, die z. T. mehrmals vorbestraft zu den Irrenanstalten auch die Einrichtung der Gefängnisse und Zuchthäuser in Anspruch genommen haben. *Salinger* meint die Kriminalität dieser Menschen wäre eine geringe. Dem müssen wir auf Grund unserer Ergebnisse unbedingt widersprechen. Es stimmt zwar, wie das bereits *Moeli* ermittelt hat, daß ein großer Teil der Krimi-

Digitized by Google

nalität sich auf kleine Vergehen erstreckt und viele Gesetzwidrigkeiten aus Obdachlosigkeit und deren Folgen, wie Bettelei und Landstreicherei bestehen. Doch eine genauere Zusammenstellung ergibt, daß auch ernstere Gesetzeswidrigkeit, wie Diebstahl usw. im großen Teil der Fälle vorliegen.

Tabelle IV.

	1	2	3	4	5
	Obdachlosigkeit, Bettelei, Landstreicherei	Hausfriedensbruch, Körperverletzung, Widerstand gegen Staatsgew.	Diebstahl, Einbruch, Unterschlagung, Betrug, Urkundenfälschung, Erpressung, Hehlerei	Sittlichkeitsverbrechen, Meineid	Mord, Todschlag, Brandstiftung
allein die einzelnen Gruppen	21	9	15	—	—
in Verbindung der Gruppe 1 mit Gruppe 2 oder 3 oder 4	25	13	22	1	—
in Verbindung der Gruppe 1 mit Gruppe 2 u. 3, oder 3 u. 4	40	40	42	6	—
gleichzeitig kämen aus allen 4 Gruppen	1	1	1	1	—
zusammen der einzelnen Gruppen	87	63	90	8	

Von den 200 ausgezählten Personen sind, wie bereits angeführt, 126 Personen, sofern in der Krankengeschichte bezeichnet, vorbestraft. Zweifellos befinden sich aber noch mehrere darunter, deren Vorstrafen in der Krankengeschichte nicht verzeichnet worden sind. Immerhin, wie aus der Tabelle hervorgeht, befand sich keiner unter diesen, welcher eine der schweren Kapitalverbrechen der Gruppe 5 begangen hätte, und auch die Gruppe 4 ist nur mit 8 Personen vertreten, die allerdings zum Teil die ganze Skala von Gesetzesverstößen hinter sich haben. Für die Beurteilung der Kriminalität dieser Menschen ist die Gruppe 3 ausschlaggebend, wo es sich durchaus nicht um die Folgen der Obdachlosigkeit oder wie in der Gruppe 2 der alkoholischen Rauschzustände handelt. Vielmehr handelt es sich bei 90 Personen unter 126 Vorbestraften um Verletzungen des Gesetzes, wie sie meistens nur im nüchternen Zustand ausgeführt werden. In dieser Gruppe dürften im Laufe der nächsten Jahre wahrscheinlich auch die übrigen 36 mit wenigen Ausnahmen aufgehen und auf eine Homogenität dieses Personenkreises schließen lassen. Sollten diese Zahlen in andern Anstalten eine Bestätigung finden, so wäre es sehr zu überlegen, ob diese Personen durch den Irrenarzt oder mit Maßnahmen, die gegen das gewohnheitsmäßige Verbrechertum gerichtet sind, bekämpft werden sollen.

Digitized by Google

Wir hoffen mit diesen Zahlen eine bessere Charakteristik als mit Worten gegeben zu haben. Bevor weiteres erörtert werden soll, dürfte vielleicht einmal die Frage geprüft werden: Was kosten diese Personen der Allgemeinheit in einem einzigen Jahre? Wir haben bei diesen 200 Personen die Tage ihres Aufenthaltes in der Anstalt vom 1. VII. 29 bis 30. VI. 30 gezählt und die sehr hohe Zahl von 25799 Verpflegungstagen erhalten, was auf die 813 Personen umgerechnet etwa 110000 Verpflegungstagen entspricht. Wir wollen nur die für 1 Person erhobenen Anstaltskosten von 6,10 RM. täglich berechnen, so ergibt sich für eine einzige Anstalt der Betrag von 660000 RM. Für die beiden Anstalten der Stadt Berlin wird der Gesamtbetrag sicherlich die Grenze von 1 Million RM. weit überschreiten. Diese Zahl ist durchaus nicht stichhaltig und wenn sie auch eine Belastung des Etats bedeutet, kann sie nicht als ausschlaggebend betrachtet werden, da die Unterbringung dieser Elemente ganz gleich in welcher Form viel Geld kosten wird. Viel wichtiger ist der Gesichtspunkt, welcher den Ausgangspunkt vorliegender Ermittlungen bildete und bereits von *Salinger* gestreift worden ist. Während die Versorgung der Geisteskranken in den Anstalten der Stadt Berlin nur dadurch möglich wird, daß immer wieder neue Säle, die ursprünglich zu andern Zwecken dienen sollten, als Krankensäle eingerichtet werden, kann der regelrechte Betrieb nur dadurch aufrecht erhalten werden, daß große Transferirungen hilfloser Geisteskranker aus einer Anstalt in die andere durchgeführt werden, und manche Anstalten wegen Überfüllung geschlossen werden müssen. Während ein Arzt über 200 Personen betreuen muß, werden in einer einzigen Anstalt im Laufe eines Jahres 110000 Tage besetzt, mit andern Worten, 400 Betten werden ständig für diese Personen reserviert. Abgesehen von dem Übel, welches den hilflosen Geisteskranken bzw. der Familie bei weiterem Anwachsen der Zahl der Selbststeller zugefügt wird, ist Charakter und die Bestimmung unserer Anstalt bedroht. Auch kann es keiner Familie verübelt werden, wenn sie mit der Unterbringung ihres 18 bis 20 Jahre alten schwachsinnigen Sohnes in dieser Gesellschaft unzufrieden ist. Selbst die Ärzteschaft und vor allem das Pflegepersonal kann sich unmöglich von dem Eindruck befreien mit einer aussichtslosen Arbeit sich abmühen zu müssen. Sehen wir aber von den mangelhaften Schulleistungen, von der erschreckenden Kriminalität ab, und prüfen wir, in welcher Weise diese Personen zur Stärkung des Staates beitragen, so erhalten wir ebenfalls Zahlen, die durchaus geeignet sind, die Berechtigung eines Aufwandes in dieser Höhe in Abrede zu stellen.

Von den 200 Personen haben nur 54 Väter Kinder gezeugt und zwar an Zahl insgesamt 116 Kinder. Natürlich ist es aus-

Digitized by Google

geschlossen die Zahl der eventuell vorhandenen unehelichen Kinder zu erfassen. Dies ist auch ohne Bedeutung, da es nur darauf ankam zu zeigen, in welcher Weise diese Persönlichkeiten in ihrer Familie ihre Stellung einnehmen. Die Verteilung ist aus folgender Tabelle V ersichtlich:

Zahl d. Kinder	0	1	2	3	Mehr als 3 Kinder
Zahl d. Väter	140	13	21	7	1 = 4 1 = 5 1 = 11 1 = 7
Zusammen 103 Kinder		13	42	21	27

Neben den 13 Personen, die nur ein Kind hatten, stehen nur 21 Personen mit 2 Kindern, 7 Personen mit 3 Kindern und nur 4 Personen haben mehr als 3 Kinder.[1])

Haben schon die Zahlen der Kriminalität ein überraschendes Ergebnis gezeigt, so müssen diese zuletzt angeführten Verhältnisse einem jeden Kenner der Alkoholfrage widerspruchsvoll erscheinen. Sowohl im Schrifttum, wie auch in der Meinung der Praktiker ist die Tatsache fest verankert, daß der Alkoholiker gewöhnlich eine recht zahlreiche Nachkommenschaft hat. Es sind hierfür verschiedene auch stichhaltige Umstände angeführt worden, die Rücksichtslosigkeit und Brutalität der Frau gegenüber, Unbekümmertheit um die Zukunft u. a. m.

Es kann also die Frage nicht unterdrückt werden, wieso das Verhalten unseres Materials in zwei grundsätzlichen Punkten so wesentlich von der allgemeinen Erfahrung abweicht.

Für diese Erscheinung gäbe es zwei Erklärungsmöglichkeiten. Zunächst müßte geprüft werden, wie weit die wirtschaftlichen Verhältnisse, Krieg, Inflation, Weltwirtschaftskrise für diese Erscheinung zu verantworten wäre. Wir wissen, das sowohl Kriminalität als auch die Nachwuchsfrage gerade in dem am schwersten betroffenen Deutschland eng mit den Problemen der wirtschaftlichen Gesundung verbunden ist. Es wäre auch durchaus begreiflich, wenn gerade diese am wenigsten widerstandsfähigen Elemente in einem Grade geschädigt sein würden, welches die Verhältnisse der Grundbevölkerung weit übertrifft. Vom eugenischen Standpunkt aus wäre diese Entwicklung nicht zu bedauern. Eine endgültige Festlegung dieser Frage müßte einer Arbeit vorbehalten bleiben, welche die Verhältnisse nicht nur einer Anstalt berücksichtigt, sondern auch über die Großstadt hinaus noch größere Landesteile ergreift.

[1]) Bei 6 Personen konnte die Kinderzahl nicht ermittelt werden.

Digitized by Google

Einstweilen glaube ich eine ausreichende Erklärung unter Auswertung des bisher vorhandenen Materials anführen zu können.

	ohne Wohnung	mit Wohnung	Vorbestraft	Kinder
110 Ledige:	103	7% 7	75% 80	11
24 Verheiratete:	16	33% 8	17.5% 4	23
35 Geschiedene:	31	11% 4	67% 24	42
17 Verwitwete:	15	12% 2	56% 9	21
14 Getrennte:	13	7% 1	64% 9	16
	178	22	126	103
	200			

Bezüglich der Kinderzahl sind die bereits verheirat gewesenen Personen untereinander nur unerheblich verschieden. Ganz außerordentlich sind dagegen die Schwankungen, was die Wohnungsverhältnisse, sowie die Vorstrafen anbelangt. Hierbei kommen bereits Unstimmigkeiten unseres zahlenmäßigen Materials insofern zum Vorschein, als z. B. unbekannt bleibt, wo die 16 Verheirateten ohne Wohnung sich aufhalten. Höchstwahrscheinlich lebt ein Teil dieser von seiner Familie ebenfalls getrennt. Ganz besonders groß sind aber die Unterschiede bez. der Vorstrafen. Während die Durchschnittszahl des Gesamtmaterials 200 : 126 = 63% beträgt, verschiebt sich diese Zahl, wie Tabelle V zeigt bei den Ledigen, die auch die meisten Jugendlichen, die erst noch am Anfang ihrer Laufbahn sind, zu 75% gegenüber den Verheirateten, wo nur eine Kriminalität von 17,5% zu finden ist, während die 3 anderen Gruppen sich an der großen Durchschnittszahl halten.

Wir sehen also, daß nur ein kleiner Bruchteil des Gesamtmaterials, schätzungsweise etwa 10%, beurteilt nach seinen äußeren Verhältnissen, aus dem Gesamtrahmen des geschilderten Materials herauszunehmen wäre und nach seiner ganzen Art, auf dessen genaue Charakterisierung wir verzichten müssen, mehr dem geordneten Stammtischalkoholiker zuzuzählen ist, während der Hauptanteil von den moralisch und körperlich völlig heruntergekommenen haltlosen Psychopathen zuzuzählen sei, deren Typus in der bekannten Figur des »Pennbruders« zu suchen wäre und keinesfalls als Alkoholiker im engeren Sinne bezeichnet werden kann. Es ist außerordentlich wichtig, dies mit solcher Klarheit auszusprechen, denn nur eine richtige Beurteilung dieser Persönlichkeiten gestattet eine richtige Einordnung, sei es in die öffentliche Wohlfahrtspflege, sei es in das Gefüge einer Heil- und Pflegeanstalt.

Auch für diese Gruppe spielt die wirtschaftliche Not zweifellos eine Rolle, nicht, indem sie die Leute zur Trunksucht treibt,

[1]) sofern in der Krankengeschichte verzeichnet.

Digitized by Google

sondern indem sie ihnen ihre Rückkehr in die Anstalt notwendig erscheinen läßt. Diese Menschen sind ohne Krieg, mit Krieg, ohne und mit Irrenanstaltspflege dieselben psychopathischen Persönlichkeiten, denen der Alkohol lediglich als Wegweiser dient zum Genusse des Geborgenseins in der Anstalt. Hierdurch wird aber auch ermöglicht eine psychopathische Gruppe ganz besonderer Art an einer Stelle zu erfassen. Dies ist auch der Grund, weswegen wir zwar die Leute aus dem Rahmen der Anstaltsbehandlung herausgenommen wissen, aber entsprechend dem Vorschlage *Bratz*s auch weiter, wenn auch abgesondert in der Nähe der Anstalt der psychiatrischen Fürsorge belassen haben möchten.

Zusammenfassung. Der sog. Selbststeller unterscheidet sich von dem Alkoholiker im engeren Sinne durch sein asoziales Verhalten. Dies kommt besonders in seiner Neigung zur Kriminalität, Unfähigkeit zur Gründung einer Familie, geringe Nachkommenschaft, ungeordnete Wohnverhältnisse und mangelnden Schulbildung zum Ausdruck.

Digitized by Google

Aus der jüdischen Irrenheilanstalt »Zofjòwka« in Otwock bei Warschau
(Leitender Arzt: Dr. *R. Becker*)

Die Geisteserkrankungen bei den Juden in Polen.

Von
Dr. med. **Rafael Becker** (Otwock bei Warschau).

Seit dem Jahre 1928 ist für alle polnischen psychiatrischen Institutionen (psychiatrische Kliniken, Irrenheilanstalten, psychiatrische Abteilungen verschiedener Zivil- und Militärspitale, private Nervensanatorien, Asyle für chronische Geisteskranke u. a.) ein obligatorisches Muster für die Berichterstattung eingeführt worden, wo unter anderem auch eine Zahlentafel eingeführt ist, in der alle neuaufgenommenen Geisteskranken nach den Diagnosen und zugleich nach Konfessionen rubriziert sind.

Dr. *Luniewski*, Direktor der staatlichen Irrenheilanstalt »Tworki« bei Warschau, hat vom Gesundheitsdepartement die Berichte aller psychiatrischen Institutionen des Landes für die Jahre 1928 und 1929 erhalten und sie nach allen Richtungen hin bearbeitet und diese Ergebnisse in zwei stattlichen Arbeiten veröffentlicht [1]).

In diesen beiden Arbeiten finden wir tabellarische Zusammenstellungen nicht nur über die Zahl aller in den Anstalten neuaufgenommenen Geisteskranken nach den Konfessionen, sondern auch, wie schon oben bemerkt, besondere Tabellen, in denen alle neuaufgenommenen Geisteskranken nach den Diagnosen und Konfessionen klassifiziert sind.

Diese statistischen Daten samt meinen eigenen Untersuchungen über die Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen auf Grund statistischen Materials von 7 Irrenheilanstalten während der Zeitdauer von 1921—1927, wo noch die obligatorische

---

[1]) a) *W. Bernasiewicz* und *W. Luniewski.* Ein Versuch der Zusammenstellung statistischer Daten aus den Berichten der psychiatrischen Anstalten für das Jahr 1928 (polnisch), »Rocznik Psychjatryczny«. 1930. Bd. 12.

b) *W. Luniewski.* Zweite Berichterstattung von der Tätigkeit der psychiatrischen Anstalten in Polen für das Jahr 1929. »Rocznik Psychjatryczny«. 1931. Bd. 14/15.

Digitized by Google

einheitliche Berichterstattung nicht eingeführt war, bringen genügend Stoff um wenigstens auf die Frage über die Art und Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden eine genaue und sichere Antwort zu geben.

Zunächst über die Art der Geisteserkrankungen bei den Juden in Polen!

In der ersten Arbeit von *Bernasiewicz* und *Luniewski*, die das Jahr 1928 bespricht, umfaßt die nach den Diagnosen und Konfessionen zusammengestellte Tabelle nur 18 größere psychiatrische Anstalten mit 6164 Kranken.

In der zweiten Arbeit von *Luniewski*, die über die Tätigkeit der Irrenheilanstalten für das Jahr 1929 berichtet, bringt schon die gleich zusammengestellte Zahlentafel das statistische Ergebnis aller in diesem Jahre im Lande vorhandenen 47 psychiatrischen Institutionen mit 11 359 neuaufgenommenen Fällen.

Meine statistische Untersuchung von 7 Irrenheilanstalten bezieht sich auf die schon vorhandenen und neuaufgenommenen 13 580 Kranken während der Zeitperiode 1921—1927[2]).

Wir bringen hier eine Tabelle (Nr. 1), in welcher wir die Endresultate dieser drei statistischen Untersuchungen bezüglich der Art der Geisteserkrankungen bei den Juden und Nichtjuden in Polen vergleichend zusammenstellten.

Aus dieser Tabelle ersehen wir, daß die Resultate in allen drei Zeitabschnitten, von deren jede eine verschiedene Anzahl von Anstalten umfaßt, beinahe gleich sind.

Überall ist es hier der Fall, daß die Juden nur in den zwei Gruppen von Psychosen stark überwiegen, und zwar in der Schizophreniegruppe und im manisch-depressiven Irresein. Dagegen sind die Juden bei allen anderen Psychosen weniger vertreten.

In der ersten Zusammenstellung, welche die Zeitspanne 1921 bis 1927 umfaßt und alle vorhandenen und neuaufgenommenen Kranken von 7 Irrenheilanstalten einschließt, geben die Juden in der Schizophreniegruppe 64,7% und beim manisch-depressiven Irresein 8,7% aller ihrer Geisteskranker, während Nichtjuden 40,0% bzw. 7,7% ergeben.

In der zweiten Zusammenstellung, welche nur die im Jahre 1928 neuaufgenommenen Kranken von 18 psychiatrischen Anstalten zählt, geben die Juden bei der Schizophrenie 55,8% — die Nichtjuden 34,4%, bei manisch-depressivem Irresein: Juden 11,1%, Nichtjuden 5,5%. In der dritten Zusammenstellung, welche schon

---

[2]) *R. Becker.* Ein Beitrag zur Frage der Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen. »Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift« 1929 Nr. 41 und polnisch »Warszawskie Czasopismo Lekarskie« 1929 Nr. 33.

Digitized by Google

Tabelle Nr. 1.

Die Verteilung der Krankheitsgruppen nach den Konfessionen.

	Diagnosis	Zahl der behandelten Kranken in 7 Irrenheilanstalten während der Jahre 1921—1927				Zahl der neuaufgenommenen Kranken in 18 psychiatrischen Anstalten im Jahre 1928				Zahl der neuaufgenommenen Kranken in allen 47 psychiatrischen Institutionen im Jahre 1929			
		Nichtjuden		Juden		Nichtjuden		Juden		Nichtjuden		Juden	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1	Oligophrenie	1090	10,8	228	6,5	283	5,5	52	5,2	600	6,8	118	4,7
2	Psychopathia constitutionalis	502	5,7	108	3,0	258	5,0	36	3,6	647	7,3	84	3,3
3	Epilepsie	739	7,2	125	3,6	247	4,8	16	1,6	488	5,6	62	2,4
4	Psychoses ex laesione cerebri organica	78	0,8	14	0,4	49	0,9	2	0,2	185	2,1	9	0,4
5	Dementiae praesenilis et arteriosclerotica	553	5,5	73	2,1	248	4,8	33	3,3	345	3,9	86	3,4
6	Psychoses ex infectione incl. Psych. postencephalitica	156	1,6	42	1,2	80	1,6	10	1,0	171	1,9	26	1,0
7	Alkoholpsychosen	423	4,2	4	0,1	142	2,8	2	0,2	487	5,5	6	0,2
8	Andere Inxotikationspsychosen exogenen Ursprungs	79	0,7	12	0,3	40	0,8	2	0,2	102	1,2	7	0,3
9	Inxotikationspsychosen endogenen Ursprungs	—	—	—	—	64	1,3	4	0,4	190	2,2	27	1,1
10	Luetische Psychosen	952	9,5	165	4,7	489	10,3	42	4,2	1126	12,8	129	5,0
11	Schizophrenie	4015	40,0	2289	64,7	1754	34,4	558	55,8	2773	31,4	1554	61,2
12	Paranoia et Paraphrenie	199	2,0	43	1,2	104	2,0	11	1,1	187	2,1	27	1,1
13	Manisch-depressives Irresein	775	7,7	303	8,7	280	5,5	111	11,1	435	4,9	214	8,4
14	Psychosis luetica	182	2,0	62	1,8	125	2,5	7	0,7	260	3,0	67	2,6
15	Andere u. nicht diagnostizierte Fälle	299	3,0	70	1,7	272	19,0	112	11,2	538	6,1	112	4,4
16	Als gesund erklärte Personen					29	0,5	2	0,2	286	3,2	11	0,5
	Zusammen	10042	100,0	3538	100,0	5164	100,0	1000	100,0	8820	100,0	2539	100,0

Digitized by Google

alle im Jahre 1929 neuaufgenommenen Kranken von allen 47 psychiatrischen Institutionen des Landes einschließt, sind die Juden in der Schizophreniegruppe mit 61,2%, während Nichtjuden mit 31,4% vertreten; beim manisch-depressiven Irresein geben die Juden 8,4% und Nichtjuden 4,9%.

Es ist charakteristisch für die Juden in Polen: in der Verteilung der Geisteskrankheiten unterscheiden sie sich nicht nur von der umgebenden nichtjüdischen Bevölkerung, sondern auch nach den Krankheitsgruppen von ihren Glaubensgenossen in Westeuropa. Während die Juden im Westen prozentuell mehr Kranke nicht nur in der Schizophreniegruppe und beim manisch-depressiven Irresein, sondern auch bei luetischen Psychosen, senilen Demenzen und Oligophrenen ergeben *(Pilcz, Sichel, Gutmann, Neustadt)*, nehmen die polnischen Juden in den letztgenannten Psychosen einen viel kleineren Teil ein.

So z. B. in der Oligophreniegruppe beteiligen sich

Juden	in 6,5%—5,2%—4,7%
Nichtjuden	in 10,8%—5,5%—6,8%.

Bei den senilen Demenzen sind die Juden mit 2,1%—3,3% und 3,4% beteiligt, dagegen die Nichtjuden mit 5,5%—4,8% und 3,9%.

Die luetischen Psychosen sind zu finden:

bei Juden	in 4,7%— 4,2%— 5,0%
bei Nichtjuden	in 9,5%—10,3%—12,8%.

Epilepsie und Alkoholpsychosen sind bei polnischen Juden verglichen mit den west-europäischen Juden auch seltener zu finden.

Epilepsie ergibt hier bei Juden: 3,6—1,6% und 2,4%, dagegen bei Nichtjuden 7,2%—4,8% und 5,6%.

Die Alkoholpsychosen sind bei den polnischen Juden beinahe nicht zu finden, so haben sie nur 0,1%—0,2% und 0,2%, während die Nichtjuden in dieser Kategorie 4,2%—2,8% und 5,5% Kranker ergeben.

Die kleinere Verbreitung der Epilepsie und der luetischen Psychosen, wie auch die Seltenheit der Alkoholpsychosen bei polnischen Juden wird verständlich, wenn man den Umstand in Betracht zieht, daß die Juden in Polen noch in kompakten und großen Massen, und meistens in alter jüdischer Tradition leben, und dem Abusus im Alkoholgenusse, wie auch der Ansteckung mit venerischen Krankheiten weniger unterworfen sind.

Dank dieser Ursache sind auch andere Intoxikationspsychosen exogenen Ursprungs, wie z. B. Kokainismus, Morphinismus und ähnliche, bei den polnischen Juden sehr selten zu finden.

Digitized by Google

So ist diese Art der Erkrankungen bei den Juden hier in 0,3%—0,2% und 0,3% vorhanden, während die Nichtjuden in 0,7%—0,8%—1,2% vertreten sind.

Der kleinere Prozentsatz an Oligophrenien und senilen Demenzen unter polnischen Juden ist schwer zu erklären. Ob diese Verhältnisse der Wirklichkeit entsprechen, wenn man alle diesbezüglichen Fälle, auch außerhalb der Anstalten sich befindende, statistisch erfassen könnte, ist zweifelhaft.

Es ist bemerkenswert, daß auch solche funktionelle seelische Störungen wie Psychopathia konstitutionalis und Psychosis reaktiva unter den jüdischen Geisteskranken viel seltener als unter den nichtjüdischen konstatiert worden sind.

Die beiden Arten dieser Erkrankungen bilden bei den Juden 4,8%—4,3%—5,9%; bei den Nichtjuden dagegen 7,0%—7,5%—10,3%. Die diesbezüglichen Verhältnisse bei den west-europäischen Juden sich als Vorbild nehmend, sollte eigentlich das Umgekehrte der Fall sein. Abgesehen davon, daß bei der Diagnosestellung der Psychosis reaktiva es sehr oft von der Einstellung des Psychiaters zum Schizophrenieproblem abhängt und nicht immer dem wirklichen Tatbestande entspricht (es kommen sehr oft Fälle vor, wo eine diagnoszierte Reaktivpsychose in eine chronische Schizophrenie übergeht, und auch umgekehrt — eine diagnoszierte akute Schizophrenie nach der Art einer reaktiven Psychose schnell mit Genesung abklingt), glaube ich, daß diese Fälle überhaupt durch starkes Überwiegen der Schizophrenien bei Juden ganz einfach statistisch überkompensiert sind.

Was die Paranoia und Paraphrenie anbelangt, so ist auch bei west-europäischen Juden die reine Paranoia seltener als bei Nichtjuden. So z. B. nach einer Zusammenstellung von *Neustadt*, welche das Material der Leipziger Klinik umfaßt, ist die Schizophrenie bei den Juden in 22,9%, bei den Nichtjuden in 18% vertreten; manisch-depressives Irresein bei Juden 12,9%, bei Nichtjuden nur 5,7% dagegen reine Paranoia bei Juden 2,9%, bei Nichtjuden 4,3% vorhanden[3]).

Nach unserer Zusammenstellung ist die Paranoia zusammen mit der Paraphrenie bei Juden mit 1,1% bis 1,2%, bei Nichtjuden mit 2,0% bis 2,1% vertreten.

Was die Psychosen infektiöser oder endogen-intoxikativer Natur anbelangt, wie auch psychische Erkrankungen hervorgerufen durch organische Hirnschädigung, ist derer Anzahl zu klein, um aus ihr irgendwelche Schlüsse ziehen zu können. Nach unserer tabellarischen Zusammenstellung sind sie bei den Juden seltener als bei den Nichtjuden zu finden.

[3]) *R. Neustadt.* Die Geistesstörungen der Juden. Dissertation Leipzig 1923.

Digitized by Google

Es bleibt also noch die Ursache der ungeheueren Verbreitung der Schizophrenie unter den polnischen Juden zu eruieren, einer Krankheit, mit welcher über 60% aller jüdischen Insassen der polnischen Irrenheilanstalten behaftet sind und welche gleich wie das manisch-depressive Irresein zweimal so oft bei den Juden, verglichen mit Nichtjuden vorkommt.

Leider haben wir bisher in dieser Beziehung keine genügende Aufklärung. Noch mehr, auch bezüglich der ursächlichen Momente bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein ist noch keine Klarheit geschaffen worden. Die einen finden die Ursache in der organischen Hirnkrankheit, die anderen — in der Dysfunktion der Drüsen mit innerer Sekretion, — die dritten — in den toxischen Noxen exogener Natur, und die vierten — in verschiedenen psychischen Momenten.

Auch bezüglich der Ursache der Häufigkeit dieser Erkrankungen bei den Juden suchte man allerlei Erklärungen, anfangend mit der Degeneration der jüdischen Rasse und endigend mit dem Einflusse spezieller psychischer Konflikte.

Ich bin jetzt von der organischen Grundlage dieser Erkrankungen zu sehr überzeugt, um meine frühere Anschauung im Sinne, wenn ich so sagen darf, der psychischen Determinierung nicht nur der jüdischen Psycho-neurotiker und Hysteriker, sondern auch bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein, noch weiter zu unterstützen[4]).

Und wenn es wahr ist, daß bei den Juden die Psycho-neurosen sehr oft durch das Gefühl der Minderwertigkeit und sogenannter »jüdischer Komplexe« hervorgerufen werden, so ist dies für den Ausbruch solcher Psychosen wie Schizophrenie und manisch-depressives Irresein nicht ausreichend.

Vielleicht werden die Untersuchungen im Sinne *Kretschmers* über »Körperbau und Charakter« mehr Licht in dies dunkle Gebiet bringen, nach denen zu dem asthenischen Körperbau auch vom psychiatrischen Standpunkte aus der schizoide Typ gehört. Es ist bekannt, daß die polnischen Juden einen auffallend hohen Prozentsatz von Asthenikern stellen und es sollte eigentlich begründet sein, daß die polnischen Juden auch einen solch hohen Prozentsatz von Schizophrenien ergeben. *Matecki* und *Szpidbaum* haben eine Untersuchung der Konstitution bei 100 schizophrenen Juden durchgeführt und folgende Häufigkeit der Konstitutionstypen bei ihnen festgestellt[5]):

[4]) *R. Becker.* Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Vortrag. Zürich 1918. Verlag Speidel & Wurzel. *R. Becker.* Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie. Verlag Orell-Füssli, Zürich 1919.

[5]) *W. Matecki* und *H. Szpidbaum.* Die Konstitution der schizophre-

Digitized by Google

Leptosom (asthenisch)	56
Athletisch	9
Leptosom — athletisch	1
Dysplastisch	11
Pyknisch	13
Pyknische Mischformen	7
Nicht unterzubringen	3.

Auf Grund dieser Untersuchungen gelangten die Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. *Kretschmers* Konstitutionstypen befinden sich nicht nur unter der europäischen eingeborenen Bevölkerung, sondern auch unter den Juden.

2. Die tiefe biologische Affinität zwischen Psyche und entsprechender somatischer Konstitution scheint keinem Zweifel zu unterliegen.

3. Die morphologische Analyse der leptosomen und pyknischen Konstitution und speziell der Körperlänge und Körperproportionen zeigt, daß der leptosome Typus im allgemeinen durch den Dolichomorphismus, der pyknische — durch den Brachymorphismus ausgezeichnet ist.

In dieser rein deskriptiv durchgeführten Untersuchung bestätigen die Verfasser die Theorie von *Kretschmer* über bestimmte Korrelationsbedingungen zwischen Psyche und physischer Konstitution, aber ein Moment, das meiner Ansicht nach von hoher rassen-biologischer Bedeutung ist, haben die Verfasser übersehen.

Außer der zusammengestellten Tabelle über die Konstitutionstypen der von ihnen untersuchten 100 schizophrenen Juden, stellten die Verfasser noch eine andere Tabelle über die Konstitution der Schizophreniker auf, untersucht von anderen Autoren und in verschiedenen Ländern. Und wenn man die Ergebnisse dieser beiden Tabellen vergleicht, konstatiert man, daß bei keiner Volksgruppe der Prozentsatz der Leptosomen unter den Schizophrenikern so groß ist wie bei den Juden. Unter den nichtjüdischen Schizophrenikern gaben den größten Prozentsatz von Leptosomen die Untersuchungen von *Kretschmer* in Tübingen, 46,3%, während unter den jüdischen Schizophrenen in Polen die Asthenischen 56,0% bilden.

Wie bemerkt, dieses Moment wurde von den Verfassern nicht ins Gesichtsfeld ihrer Betrachtungen gezogen, während gerade diese Tatsache allein gewissermaßen die größere Häufigkeit der Schizophrenien bei den polnischen Juden erklären könnte.

Anderseits aber das manisch-depressive Irresein, welches

---

nen Juden. »Zeitschrift f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie«. 1927. Bd. 109. Heft 1/2.

Digitized by Google

nach *Kretschmer* einen entgegengesetzten Körperbau voraussetzt, und zwar den pyknischen, ist prozentuell bei den Juden auch sehr häufig (zweimal so viel wie bei Nichtjuden) — also eine Tatsache, die im Widerspruche mit der Häufigkeit des asthenischen Körperbaus bei den Juden steht, und dadurch ist die obengestellte Hypothese auch nicht ganz einwandfrei.

Wir stehen also noch weit von der Lösung dieses Problems. Die Tatsache der solch großen Verbreitung der Schizophrenie bei den polnischen Juden ist wirklich sehr merkwürdig und es lohnt sich eingehende Studien darüber zu machen. Man muß meiner Ansicht nach weitere und im großen Maßstabe Untersuchungen über die Konstitution jüdischer Schizophrenen und Manisch-depressiver durchführen. Außerdem sollte man über solche Kranke groß angelegte genealogische Studien machen und gleichzeitig sollten bei ihnen berufliche, wirtschaftliche und sonstige Milieu-Verhältnisse genau studiert werden.

Durch solche allseitige Forschungen werden wir vielleicht die Frage der Häufigkeit dieser Erkrankungen bei Juden beantworten können und dadurch auch dem Probleme der Ätiologie der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins näher treten.

* *
*

Als weitere Fortsetzung dieser statistischen Untersuchung soll jetzt die Geschlechtsverteilung bei den jüdischen und nichtjüdischen Geisteskranken folgen, wie auch die Häufigkeit des Vorkommens der Geisteskrankheiten bei ihnen überhaupt.

Auch in dieser Hinsicht werden wir auf gewisse Unterschiede treffen.

Wir bringen hier die Zusammenstellung von den während der Jahre 1921—1927 in den 7 Anstalten vorhandenen Kranken, wie auch von den während der Jahre 1928—1929 in allen 48 bzw. 47 Anstalten neuaufgenommenen Kranken.

Aus der Tabelle Nr. 2 ersehen wir, daß bei Nichtjuden gewöhnlich die geisteskranken Männer überwiegen, und zwar im Durchschnitte: 60% Männer zu 40% Frauen; bei Juden hingegen überwiegen die Frauen: 52,7% zu 47,3% der Männer.

Was die Verteilung der Geisteskrankheitsgruppen nach den Geschlechtern und Konfessionen anbelangt, so gibt Aufschluß darüber die Tabelle Nr. 3, welche aber nur das Material von den Jahren 1921—1927 und 1928 umfaßt, weil in der Berichterstattung vom Jahre 1929 diesbezügliche Verteilung nach dem Geschlechte nicht vorhanden war.

Aus dieser Zusammenstellung ersehen wir, daß die Unterschiede, die wir bei der Vergleichung der Verteilung der Krankheits-

Digitized by Google

Tabelle Nr. 2.

Verteilung der Geisteskranken nach den Geschlechtern.

	Während der Jahre 1921—1927				im Jahre 1928			
	Nichtjuden		Juden		Nichtjuden		Juden	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männer	5700	56,7	1738	49,2	5305	62,4	1000	48,6
Frauen	4342	43,3	1800	50,8	3194	37,6	1058	51,4
Zusammen	10042	100,0	3538	100,0	8499	100,0	2058	100,0

	im Jahre 1929				Zusammen			
	Nichtjuden		Juden		Nichtjuden		Juden	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männer	5399	60,8	1111	43,7	16404	60,0	3849	47,3
Frauen	3471	39,2	1428	56,3	11007	40,0	4286	52,7
Zusammen	8870	100,0	2539	100,0	27411	100,0	8135	100,0

gruppen unter den jüdischen und nichtjüdischen Kranken überhaupt konstatiert haben, hier noch krasser zutage treten.

Wir finden hier, daß die Schizophrenie am stärksten bei jüdischen Frauen 67,4%, und am schwächsten bei nichtjüdischen Männern 34,7% auftritt; bei nichtjüdischen Frauen 42,0% und bei jüdischen Männern in 57,7%.

Der Prozentsatz des manisch-depressiven Irreseins ist bei Jüdinnen wie auch bei nichtjüdischen Frauen der gleiche und beträgt je 11,1%. Der Unterschied ist hier nur bei Männern zu verzeichnen, und zwar bei Juden 7,0%, bei Nichtjuden 3,9%.

Was die rein funktionellen Psychosen anbelangt, so ist unter den Juden die Psychopathia constitutionalis mehr bei Frauen (Männer 3,1%, Frauen 3,2%) und Psychosis reactiva bei Männern (Männer 2,0%, Frauen 1,2%) zu treffen, dagegen bei Nichtjuden ist das Umgekehrte der Fall:

bei der Psychopathia constitutionalis: Männer 5,2%, Frauen 4,7%,
bei der Psychosis reactiva: Männer 1,6%, Frauen 2,5%.

Diese Zahlen sind aber zu klein, um aus ihnen irgendwelche Schlüsse ziehen zu können.

Die Epilepsie ist bei jüdischen Männern mehr wie zweimal so oft wie bei jüdischen Frauen (4,5% : 1,9%), dagegen bei nichtjüdischen Männern ist sie nicht $1^1/_2$mal so oft wie bei nichtjüdi-

Digitized by Google

schen Frauen (7,3%:5,4%) zu treffen. Bei nichtjüdischen Frauen trifft man die Epilepsie dreimal so oft wie bei den jüdischen, und bei nichtjüdischen Männern 1½mal so oft als bei jüdischen Männern.

Die Oligophrenien, Psychosen hervorgerufen durch verschiedene Gehirnläsionen, Infektionspsychosen, senile Demenzen, endogene Intoxikationspsychosen wie auch Paranoia und Paraphrenie sind bei beiden Geschlechtern beinahe in der gleichen Proportion vorhanden; im Vergleiche mit jüdischen Kranken überwiegen die Nichtjuden.

(Eine Ausnahme machen nur die Infektionspsychosen, bei welchen die jüdischen Männer mit 1,6%, die Nichtjüdischen mit 1,5% vertreten sind, bei Jüdinnen dagegen 0,7% und bei nichtjüdischen Frauen 1,4% solcher Kranker.)

Was die luetischen Psychosen anbetrifft, so sind sie am meisten unter nichtjüdischen Männern zu treffen, und zwar in 13,4%, dagegen bei jüdischen Männern nur 8%; bei nichtjüdischen Frauen 4,2% und bei Jüdinnen 1,4%. Also unter den nichtjüdischen Frauen sind dreimal so viel an luetischen Psychosen Erkrankte zu treffen als bei Jüdinnen, und bei nichtjüdischen Männern etwas mehr als anderthalb so oft wie bei jüdischen.

Außerdem aber, daß die luetischen Geisteskrankheiten an und für sich bei nichtjüdischen Kranken beider Geschlechter viel stärker verbreitet sind, ist der Unterschied bei diesen Krankheiten insofern noch größer, daß wenn auf 3,2 nichtjüdische, an luetischer Psychose erkrankte Männer eine gleich erkrankte nichtjüdische Frau kommt; dagegen wird bei den jüdischen Geisteskranken eine an luetischer Psychose erkrankte Frau auf 6 daran erkrankter jüdischer Männer gezählt.

Auch *B. Siwinski*[6]) bestätigt beinahe dasselbe Verhältnis von Frauen zu Männern. Er stellte alle aus den Jahren 1903 bis 1925 in der Irrenheilanstalt »Kochanòwka« bei Lodz vorgekommenen Fälle von progressiver Paralyse zusammen, und hat folgendes Verhältnis bei den verschiedenen Nationalitäten gefunden:

Das Verhältnis von Frauen zu Männern:

bei Polen wie 1:4,9
bei Deutschen wie 1:5,8
bei Juden wie 1:7,0.

* *
*

Was die Alkoholpsychosen anbelangt, so sind sie unter den nichtjüdischen Männern in 5,9%, bei nichtjüdischen Frauen in

[6]) *B. Siwinski.* Ein Beitrag zur Frage der Häufigkeit der progressiven Paralyse (polnisch), Pamiętnik zakladu »Kochanòwka« Lòdz 1925.

Digitized by Google

ionen.

		zusammen							
				Nichtjuden				Juden	
			Männer		Frauen		Männer		Frauen
		bs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Oligophrenia	23	9,5	550	8,4	150	6,9	120	5,1
2	Psychopathia const	53	5,2	307	4,7	68	3,1	76	3,2
3	Epilepsie	31	7,3	355	5,4	97	4,5	44	1,9
4	Psychoses ex laesic	81	0,9	46	0,7	8	0,4	8	0,3
5	Dementiae praesen	65	4,2	436	6,6	49	2,2	57	2,4
6	Psychoses ex infect enceph.	33	1,5	93	1,4	35	1,6	17	0,7
7	Alkoholpsychosen .	09	5,9	56	0,8	3	0,15	3	0,1
8	Andere Intoxikati Ursprungs	89	1,0	30	0,5	9	0,4	5	0,2
9	Intoxikationspsych	15	0,2	49	0,7	1	0,05	3	0,1
10	Luetische Psychose	67	13,4	274	4,2	174	8,0	33	1,4
11	Schizophrenie ...	21	34,7	2748	42,0	1262	57,7	1585	67,4
12	Paranoia et Parapl	71	2,0	132	2,0	26	1,2	28	1,2
13	Manisch-depressiver	40	3,9	725	11,1	152	7,0	262	11,1
14	Psychosis reaktiva	40	1,6	167	2,5	41	2,0	28	1,2
15	Andere und nicht	33	8,7	567	8,7	102	4,8	82	3,7
16	Als gesund erklärt								
		71	100,0	6535	100,0	2187	100,0	2351	100,0

ionen nach.

		mmen: Männer und Frauen			
		1929		1928—1929	
		abs.	%	abs.	%
1	Römi	92	7724	68,00	13833	63,1
2	Griec	26	349	3,07	588	2,6
3	Evan	93	368	3,24	677	3,0
4	Griec	25	309	2,72	547	2,4
5	Israel	41	2539	22,35	4597	20,9
6	Ande	25	17	0,15	44	0,2
7	Unbe	85	53	0,47	1620	7,8
		,0	11359	100,0	21906	100,0

Digitized by Google

Digitized by Google

0,8% zu finden; bei Juden dagegen beiderlei Geschlechts zu 0,1% bis zu 0,2%.

Wie ich schon früher bemerkte, wird die Seltenheit der Alkoholpsychosen bei den Juden überhaupt nur bei den polnischen Juden speziell, durch ihre Lebensweise, die dem starken Alkoholgenusse fremd ist, erklärt, eine Erscheinung, die man wiederum durch den angeborenen Widerwillen gegen Unmäßigkeit, als Folge einer durch unendlich zahlreiche Generationen hindurch geübten Gewohnheit, wahrscheinlich religiösen Ursprungs erklärt.

Diesen Standpunkt hat besonders *Hoppe* in seiner Monographie, gewidmet den Juden und der Alkoholsterblichkeit, vertreten[7]).

Und während für ihn wie für viele andere Forscher die Mäßigkeit der Juden und sogar die häufige Abstinenz bei ihnen als feststehende Tatsache galt, findet Dr. *Z. Bychowski* diese Erscheinung nicht genügend geklärt[8]). Er findet auch, daß die verschiedenen durch Alkohol verursachten Nervenkrankheiten noch immer zu den größten Seltenheiten gehören. Aber hier stehen wir vor einem sehr interessanten pathologischen Rätsel. Eigentlich gibt es ja unter den Juden, besonders unter den Frommen — sagt er — gar keine Abstinenten. Nicht nur am Sabbath wird einige Male Schnaps getrunken, sondern auch fast jeden Tag, und dazu trinken die polnischen Juden merkwürdigerweise sehr starken Schnaps (90%). Dann sei hervorgehoben, daß in Polen die Juden seit einigen Jahrhunderten fast den ganzen Handel mit Alkohol in ihren Händen hielten. Man sollte eben aus diesem Grunde viele Alkoholiker unter den Juden erwarten, was aber nicht der Fall ist.

Zu dieser Frage hat aber vor 20 Jahren ein nicht weniger in den jüdischen Verhältnissen in Polen bewanderter Arzt, wie Dr. *G. Lewin* Stellung genommen[9]). Er findet auch, daß die Tatsache, daß unter den polnischen Juden sehr selten die Symptome der Alkoholvergiftung zu beobachten sind, noch keinen Beweis aufbringt, daß die Juden im allgemeinen Abstinenten sind. Bei Juden trinken Handwerker und Arbeiter, trinken die frömmsten Chassidim, sogar die Frauen trinken, aber alle trinken nur kleine Mengen, und sehr selten wird man dort betrunken.

Ein interessantes Studium über den Alkoholismus bei Kindern hat *Ignacy Kowalczyk*, der Bürgermeister des Städtchens

[7]) *Hoppe.* Krankheit und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholfrage. Berlin 1903.

[8]) *Z. Bychowski.* Eine Diskussionsbemerkung zu Prof. *Toby Cohns* Aufsatz: Nervenkrankheiten bei Juden. Berlin, »Ose-Rundschau« 1926 Nr. 5.

[9]) *G. Lewin.* Alkoholismus unter den Juden (polnisch) »Medycyna i Kronika Lekarska« 1910.

Digitized by Google

Praszka, veröffentlicht[10]). Seine Ergebnisse sind auf Grund einer Enquete gestützt, die er im Jahre 1926 an verschiedenen Orten durchgeführt hat, und zwar in einer Volksschule in Warschau, in zwei Volksschulen des Städtchens Praszka (eine für christliche und eine für jüdische Kinder), in einer Dorfschule und in einer Schule für die Kinder polnischer Emigranten in Paris. Also Kinder aus verschiedener Umgebung und auch, was für uns speziell von Interesse ist, von beiderlei Religion. In jeder Schule wurden nur 50 Kinder ausgefragt. Auf die Frage, ob der Alkohol in irgendwelcher Art getrunken wird, haben bejahend geantwortet; in Warschau (Kinder im Alter von 15 Jahren) 44%, davon unter den Knaben 71%, und den Mädchen 9%. In der Kleinstadt Praszka (Kinder im Alter von 14 Jahren): in der Schule für christliche Kinder trinken Alkohol 49%, davon unter den Knaben 42% und Mädchen 54%. In der Schule für jüdische Kinder trinken sogar 58%, davon unter den Knaben 56% und den Mädchen 59%.

In der Dorfschule (Kinder im Alter von 13 Jahren) trinken nur 37% der Kinder, davon unter den Knaben 55% und den Mädchen 6%. Dagegen stehen die Kinder der polnischen Emigranten in Paris in bezug auf Alkoholgenuß an erster Stelle. So unter den Kindern, hauptsächlich im Alter von 11 Jahren, trinken 98%, davon unter den Knaben 100% und Mädchen 92%.

Die polnischen Kinder vom Dorfe trinken beinahe ausschließlich Schnaps. Auch in Warschau trinken Schnaps 82% der trinkenden Kinder, Bier 18% und Wein 23%. Im Städtchen Praszka trinken die christlichen Kinder 85% Schnaps und 18% Wein. Dagegen von den jüdischen Kindern trinkt keines Schnaps und nur 7% trinken Bier, sonst genießen alle 100% der trinkenden Kinder nur Obstwein.

Also im Grunde genommen trinken überall ziemlich viele Kinder. Am meisten in Frankreich, wo Alkoholgenuß in der Form des Weintrinkens sehr verbreitet ist. Am wenigsten im Dorfe. Von den Städten — in der Kleinstadt mehr als in der Großstadt. Die jüdischen Kinder trinken nicht weniger als christliche Kinder, doch unterstreicht der Autor, daß unter den hauptsächlichsten Getränken bei den Juden der Obstwein zu verstehen ist. Unter der jüdischen Bevölkerung in Polen existiert Alkoholismus als soziale Krankheit überhaupt nicht. Der Anblick eines betrunkenen Juden — ist eine sehr seltene Erscheinung. Es wäre wünschenswert, sagte er weiter, daß die polnische Mehrheit diesbezüglich der jüdischen Minderheit gleichen sollte.

---

[10]) *J. Kowalczyk.* Über Alkoholismus unter den Kindern (polnisch), »Opieka nad dzieckiem« 1927, Bd. V, Heft 3.

Digitized by Google

Diese Verhältnisse sind noch anderseits statistisch fixiert worden.

So gibt z. B. *Wirszubski* auf Grund des statistischen Materials der General-Direktion des Gesundheitsamtes in Warschau eine Zusammenstellung über die Häufigkeit des Alkoholismus unter der christlichen und jüdischen Bevölkerung für das Jahr 1925[11]). Nach dieser Zusammenstellung betragen die Alkoholiker unter den Katholiken 85,5%, bei anderen Konfessionen 11,5%, dagegen bei Juden nur 3,0%.

Eine interessante diesbezügliche statistische Zusammenstellung für die Fabrikstadt Lòdz bringt *Edward Rosset*[12]):

Während der Zeitperiode 1. VII. 1923—30. VI. 1925 waren in Lòdz Alkoholiker arretiert:

Römisch-katholische	7597—88,8%
Evangelische	835— 9,8%
Juden	67— 0,8%
Andere	51— 0,6%.

Nach der Volkszählung vom 30. IX. 1921 gestaltet sich aber die Bevölkerung der Stadt Lòdz nach den Konfessionen, wie folgt:

Römisch-katholische	—53,4%
Evangelische	—10,8%
Juden	—34,5%
Andere	— 1,3%.

Also wie man aus allen diesen Statistiken sieht, ist die Alkoholsucht bei den polnischen Juden minimal, und weil bei ihnen der Alkoholkonsum im allgemeinen sehr klein ist, so führt dies auch zu keinem chronischen Alkoholismus, auf dessen Boden gewöhnlich die alkoholischen Geisteskrankheiten sich ausbilden können.

* *
*

Auf Grund vorhandener statistischer Daten wollen wir jetzt noch die Frage der Häufigkeit der Geisteserkrankungen bei den Juden in Polen im allgemeinen zu beantworten versuchen.

Zu diesem Zwecke benutzte ich nur die vorhandenen Zahlen der während der Jahre 1928 und 1929 in allen psychiatrischen Institutionen in Polen neuaufgenommenen Geisteskranken, welche alle nach den Konfessionen zusammengestellt sind. Obwohl wir in den zwei veröffentlichten Zusammenstellungen von den Berichten aller Anstalten jetzt eine genaue Zählung aller in den Anstalten sich

11) *A. Wirszubski.* Der Alkoholismus unter den Juden (polnisch), »Medycyna Warszawska« 1930, Nr. 14.

12) *E. Rosset.* Der Alkoholismus in Lòdz im Lichte der statistischen Untersuchungen (polnisch). Lòdz 1925.

Digitized by Google

befindenden Geisteskranken besitzen, können wir mit dieser Zählung leider nichts anfangen, da die Verteilung nach Konfessionen nur in bezug auf neuaufgenommene Kranke geführt wird.

Außerdem gibt es noch eine große Anzahl Geisteskranker, die wegen Mangel an freien Plätzen in den wenigen kommunalen und staatlichen Anstalten im Lande nicht aufgenommen werden konnten und so außer den Anstalten blieben.

Auf Grund einer speziellen Enquete ist es Dr. *J. Bednarz* gelungen, für eine bestimmte Zeit die Gesamtzahl der Geisteskranken im Lande festzustellen. Am 1. Januar 1925 gab es in Polen 21920 Geisteskranke, die von der Behörde als anstaltsbedürftig qualifiziert waren, davon waren 9707 Personen in den Anstalten und 12213 außerhalb derselben[13]).

Inzwischen hat sich die Lage etwas gebessert. Durch verschiedene Neubauten in schon vorhandenen Anstalten und durch Wiederherstellung einiger alter und Eröffnung einer neuen Anstalt ist man heute imstande mehr Kranke in unseren Anstalten unterzubringen.

So war z. B. am 1. Januar 1930 der Stand der in allen 47 Anstalten behandelten Kranken 14414 (davon 7670 Männer und 6744 Frauen). Es bleiben jedoch noch viele Geisteskranke außer den psychiatrischen Institutionen und sind vorläufig statistisch nicht zu erfassen. Also ein vollständiges Bild der Häufigkeit der Geisteserkrankungen bei verschiedenen Nationen in Polen nur auf Grund der zur Verfügung stehenden statistischen Daten werden wir nicht bekommen, aber einen gewissen Einblick in das uns interessierende Problem wird man doch erhalten, und es wird uns die Möglichkeit gegeben dadurch etwaige Schlußfolgerungen zu ziehen.

Wir bringen hier zwei tabellarische Zusammenstellungen: die Tabelle Nr. 4, welche den Durchschnitt der neuaufgenommenen Kranken während der Jahre 1928 und 1929 ausdrückt, und Tabelle Nr. 5, welche die Gesamtzahl der Bevölkerung am 1. Januar 1929 darstellt[14]).

Das Verhältnis der Konfessionen zueinander ist in Prozenten ausgedrückt.

Beim Vergleich dieser beiden Tabellen ersehen wir, daß die Römisch-Katholischen, die im Lande 64% der ganzen Bevölkerung bilden, in der Zahl der neuaufgenommenen Geisteskranken prozentuell etwas weniger vertreten sind (63,1%).

---

[13]) *J. Bednarz.* Der gegenwärtige Stand der Versorgung der psychischen Kranken in Polen (polnisch), »Rocznik Psychjatryczny« 1928, Bd. 6.

[14]) Diese Zahlen sind nach den Schätzungen des Polnischen Statistischen Hauptamtes in Warschau angegeben. (»Kwartalnik Statystyczny« Bd. VI, Heft 6. Warszawa 1929.

Digitized by Google

Tabelle Nr. 5.

Die Gesamtzahl der Bevölkerung in Polen nach der Schätzung vom 1. Januar 1929.

		absolut	%
1	Römisch-Katholische	19 458 638	64,1
2	Griechisch-Katholische	3 316 878	10,9
3	Griechisch-orthodoxe	3 738 468	12,2
4	Evangelische	839 468	2,7
5	Israelitische	2 968 207	9,8
6	Andere	86 588	0,3
		30 408 247	100,0

Die Evangelischen, welche 2,7% der Bevölkerung ausmachen, sind in der Zahl der neuaufgenommenen Geisteskranken etwas zahlreicher, und zwar 3,0%.

Einen größeren Unterschied in der Richtung der schwächeren Beteiligung an den Anstaltsaufnahmen weist die griechisch-katholische und griechisch-orthodoxe Bevölkerung auf. Diese beiden Bevölkerungsgruppen bilden im Lande 23,1% der Gesamtbevölkerung, in den Anstalten aber befinden sie sich nur in 5% unter der Gesamtzahl der neuaufgenommenen Kranken.

Die jüdische Bevölkerung dagegen, welche nur 9,8% der Gesamtbevölkerung ausmacht, liefert in der Zahl der neuaufgenommenen Kranken 20,9%.

Folgen wir dem Beispiel von *Luniewski* und nehmen wir als Frequenzindex bei den verschiedenen Konfessionsgruppen der Bevölkerung beim Zugang der Kranken in die psychiatrischen Anstalten das prozentuelle Verhältnis der Beteiligung jeder dieser Gruppen unter den Kranken zur Beteiligung der gleichen gesunden Bevölkerungsgruppe, so bekommen wir Indexe:

für die römisch-katholische Bevölkerung den Frequenzindex = 97
für die evangelische Bevölkerung den Frequenzindex = 111
für die griechisch-katholische Bevölkerung den Frequenzindex = 24
für die griechisch-orthodoxe Bevölkerung den Frequenzindex = 20
für die israelitische Bevölkerung den Frequenzindex = 213

Die Juden nehmen also die Hilfe der psychiatrischen Anstalten 2,2 mal mehr in Anspruch als die Römisch-Katholischen, beinahe zweimal mehr als die evangelische Bevölkerung und ungefähr zehnmal mehr als andere christliche Konfessionen.

Über die Ursache dieser relativ größeren Beteiligung der Juden als Insassen der Irrenanstalten haben auch *Bernasiewicz* und *Luniewski* in ihrer oben angeführten Arbeit ihre Meinung ge-

Digitized by Google

äußert. Die Ursache dieser Erscheinung glauben sie nicht in rassenbiologischen Momenten zu finden. Die jüdische Bevölkerung in Polen, sagen sie, ist beinahe ausschließlich eine städtische und beschäftigt sich fast durchweg mit Handel. Das Leben in den städtischen Verhältnissen, daß bei der Dichtheit der Bevölkerung ungünstige Wohnungsverhältnisse verursacht, wie auch die das Nervensystem in höherem Maße anstrengenden Berufe rufen einerseits größere Prädisposition zur Entstehung einer Geisteskrankheit hervor, anderseits gibt ihnen das Leben in den Städten die Möglichkeit der rascheren und öfteren Inanspruchnahme der sozialen- und Wohlfahrtsinstitutionen.

Auch glauben die Verfasser, daß die jüdische Bevölkerung in den Städten, als die ökonomisch bessersituierte, die Möglichkeit hat, eher als die nichtjüdische Bevölkerung, die Hilfe der Anstalten in Anspruch zu nehmen. Doch sind die Verfasser der Ansicht, daß durch die sozial-ökonomischen Momente allein man doch das Überwiegen der Frequenz der Juden nicht erklären kann.

Die Ansicht der Verfasser, daß die jüdische Bevölkerung, verglichen mit der nichtjüdischen, in den Städten wirtschaftlich besser situiert ist, versuchten wir schon an anderer Stelle zu widerlegen[15]). Wir wollen aber auch bei dieser Gelegenheit unserer Meinung Ausdruck geben, daß in Wirklichkeit wahrscheinlich das Umgekehrte der Fall ist.

Gerade jetzt ist die jüdische städtische Bevölkerung durch die schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse und durch die große Steuerbelastung, die besonders die Handels- und Handwerkerkreise am stärksten trifft, sehr verarmt. Es ist nicht ausgeschlossen, daß diese verschlechterten und bei der großen Masse der Juden aussichtslos gewordenen materiellen Verhältnisse in vielen Fällen, bei geeigneter Disposition, als auslösendes Moment bei der Hervorrufung einer Psychose zu betrachten sind.

Die große Anzahl der Selbstmorde in jüdischen kaufmännischen Kreisen spricht auch für diese Annahme.

Jedoch ist es richtig, daß die Juden verhältnismäßig mehr die soziale Wohlfahrtspflege in Anspruch nehmen. Außer den allgemeinen Irrenanstalten, wo mehr oder weniger Juden Platz finden, haben wir im Lande auch einige psychiatrische Institutionen, die nur für Juden bestimmt sind. So waren z. B. in 4 jüdischen psychiatrischen Institutionen: in der Irrenheilanstalt »Zofjówka« in Otwock, in den psychiatrischen Abteilungen der jüdischen Spitale in Warschau und Wilna und im Asyl für chronische

---

[15]) *R. Becker.* Weitere Ergebnisse über die Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1930 Nr. 35.

Digitized by Google

Geisteskranke in Lodz, im Jahre 1928 etwa 650 jüdische Kranke aufgenommen. Es ist dies auf 2058 aufgenommene jüdische Geisteskranke in 48 Anstalten eine recht erhebliche Anzahl. Trotzdem glauben wir, daß mit den Zahlen der in der Anstaltsbehandlung sich befindenden geisteskranken Juden ihre wirkliche Anzahl noch nicht ganz erfaßt ist.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Juden im großen und ganzen den Geisteskrankheiten mehr unterworfen sind, als die sie umgebenden Völker. So sagte schon *Lombroso* in seinem Buche »Genie und Irrsinn«, daß es eine sonderbare, aber feststehende Tatsache sei, daß die Juden eine verhältnismäßig vier- bis sechsmal größere Anzahl Geisteskranker liefern, als ihre andersgläubigen Mitglieder.

Auch nach den Untersuchungen von *Pilcz* und *Sichel*, die ich in meinen früheren Arbeiten angeführt habe[16]), liefern die Juden in Österreich und Deutschland einen viel größeren Prozentsatz an Geisteskranken im Vergleiche mit ihrem prozentuellen Anteil an der ganzen Bevölkerung.

Meine eigenen statistischen Untersuchungen über diesbezügliche Verhältnisse in der Schweiz ergaben, daß auch dort die Juden zweimal soviel Geisteskranke geben als die umgebende Bevölkerung[17]).

Nach all dem Gesagten kann man mit Sicherheit annehmen, daß auch bei den polnischen Juden die diesbezüglichen Verhältnisse nicht günstiger sind, und die Juden hier wenigstens zweimal so viel Geisteskranke geben als Nichtjuden. Die größere Verbreitung der Geisteskrankheiten unter den Juden überhaupt ist sicher mit dem stärkeren Überwiegen der Schizophrenie bei ihnen verbunden. Mit der eventuellen Erklärung der Ursachen des so häufigen Auftretens der Schizophrenie bei Juden wird man auch die Erklärung für die stärkere Verbreitung der Geisteserkrankungen bei den Juden überhaupt finden.

* *
*

Zum Schlusse, im Zusammenhang mit dem Thema: Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen, möchte ich noch einige An-

---

16) *R. Becker.* Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie. Verlag Orell-Füssli, Zürich 1919. — *R. Becker.* Die Geisteskrankheiten unter den Juden (polnisch), »Rocznik Psychjatryczny« 1928, Bd. VII. In diesen beiden Arbeiten ist eine ausführliche Bibliographie angegeben.

17) *R. Becker.* Die Geisteserkrankungen bei den Juden in der Schweiz. »Zeitschrift f. Demographie und Statistik der Juden«. Berlin 1919. Heft 4.

Digitized by Google

gaben über die jüdischen geisteskranken Verbrecher in Polen geben. Die statistischen Daten entnehme ich der im Jahre 1930 erschienenen Arbeit von *J. Bednarz,* ehemaligem Leiter der Kriminal-Abteilung der staatlichen Irrenheilanstalt »Tworki« bei Warschau[18]).

Es handelt sich hier um Kriminelle, die zur gerichtlich-psychiatrischen Untersuchung oder zum Zwecke der Internierung in der Kriminal-Abteilung dieser Anstalt in der Zeit vom 1. Januar 1922 bis 1. September 1927 aufgenommen wurden. Erwähnt sei dabei, daß »Tworki« die einzige Anstalt in Kongreß-Polen ist, die eine Abteilung für Kriminelle besitzt, so daß hierher aus allen Teilen Kongreß-Polens beinahe sämtliche auf Zurechnungsfähigkeit zu untersuchende Kriminellen gebracht werden.

Von den im erwähnten Zeitabschnitt untersuchten Fällen waren:

	Nichtjuden		Juden		Zusammen	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Unzurechnungsfähige	237	62,6	34	59,7	271	62,2
Zurechnungsfähige	61	16,2	9	15,8	70	16,1
Simulanten	81	21,2	14	24,5	95	21,7
Zusammen	379	100,0	57	100,0	436	100,0

Die Juden stellten 13,1% der Gesamtzahl der Fälle, also mehr als es ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung des Landes entspricht (10,5% nach der Zählung vom 30. IX. 1921).

Ziemlich groß ist auch der Prozentsatz (24,5) bei der Rubrik der Simulanten, was der Verfasser der großen Beteiligung der Psychopathen und Oligophrenen unter den jüdischen Fällen zuschreibt.

Noch weitere zwei Tabellen stellen wir auf, und zwar die Nr. 6, die das Verhältnis zwischen den Diagnosen und der Nationalität, und Nr. 7, die das Verhältnis zwischen der Art des Verbrechens und der Nationalität illustriert.

Die Kombination der Nationalität der Kriminellen und der Art der Krankheit ergibt, daß die Juden am stärksten in den Krankheitsgruppen Schizophrenie, Oligophrenie, manisch-depressives Irresein und Epilepsie vertreten sind, dagegen weniger Psychopathen (welche aber an und für sich unter jüdischen Kriminellen einen ziemlich hohen Prozentsatz erreichen, 22,8%) und einen ganz kleinen Prozentsatz der alkoholischen und luetischen

[18]) *J. Bednarz.* Psychiatrisch-gerichtliche Beobachtungen der kriminellen Abteilung der Irrenheilanstalt »Tworki« (polnisch), »Rocznik Psychjatryczny« 1930. Bd. 13.

Digitized by Google

Tabelle Nr. 6.

Verteilung der geisteskranken Verbrecher nach den Krankheitsgruppen und der Nationalität.

	Diagnosis	Nicht-juden		Juden		Zu-sammen	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Oligophrenie	95	25,2	16	28,2	111	25,5
2	Psychopath. constitut.	112	29,5	13	22,8	125	28,6
3	Alkoholismus	48	12,7	1	1,7	49	11,2
4	Schizophrenie	79	20,9	18	31,6	97	22,3
5	Epilepsie	13	3,4	5	8,8	18	4,1
6	Luetische Psychosen	17	4,5	1	1,7	18	4,1
7	Psychosis postencephal.	1	0,2	1	1,7	2	0,6
8	Dementia senilis	5	1,3	—	—	5	1,1
9	Psychos. ex laesione cerebri	1	0,2	—	—	1	0,2
10	Chorea Huntington	1	0,2	—	—	1	0,2
11	Manisch-depressives Irresein	4	1,1	2	3,5	6	1,4
12	Narkomanie	3	0,8	—	—	3	0,7
	Zusammen	379	100,0	57	100,0	436	100,0

Tabelle Nr. 7.

Das Verhältnis zwischen der Art des Verbrechens und der Nationalität der Kranken.

		Nicht-juden		Juden		Zu-sammen	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Mord	122	32,2	11	19,3	133	30,5
2	Banditismus	17	4,5	2	3,5	19	4,4
3	Notzucht	23	6,1	2	3,5	25	5,8
4	Brandstiftung	59	15,5	5	8,8	64	14,7
5	Diebstahl	74	19,5	19	33,3	93	21,3
6	Politisches Verbrechen	9	2,6	4	7,0	13	3,0
7	Betrug	15	3,9	2	3,5	17	3,9
8	Sonstige	60	15,7	12	21,1	72	16,3
	Zusammen	379	100,0	57	100,0	436	100,0

Psychosen geben. In diesen beiden Kategorien geben die Juden je 1,7%, dagegen die Nichtjuden: Alkoholpsychosen 12,7% und luetische Psychosen 4,5%.

Auch in bezug auf die Art des Verbrechens, bzw. Vergehens läßt sich ein merklicher Unterschied zwischen den jüdischen und

Digitized by Google

nichtjüdischen Kranken feststellen. Die Tabelle Nr. 7 gibt Aufschluß darüber.

Bei der jüdischen Gruppe überwiegen die leichten Verbrechen und Vergehen, bei der nichtjüdischen dagegen die schwereren, eine Erscheinung, die auch unter geistesgesunden Kriminellen jüdischen und nichtjüdischen festgestellt worden ist[19]).

Bezeichnend aber ist hier die Tatsache, daß die Mordverbrechen auf der jüdischen Seite mit einem ziemlich hohen Anteil von 19% an zweiter Stelle figurieren, was unter geistesgesunden Kriminellen unter den Juden, wie schon oben bemerkt wurde, nie der Fall ist[20]).

---

[19]) *Wassermann, Rudolf.* Beruf, Konfession und Verbrechen. Eine Studie über die Kriminalität der Juden in Vergangenheit und Gegenwart. Verlag E. Reinhardt, München 1907.

[20]) Vgl. auch *R. Becker.* Die Häufigkeit jüdischer Kriminellen unter den geisteskranken Verbrechern in Polen. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1931, Nr. 30.

Digitized by Google

Zur Untersuchung der zerebralen Sprachstörungen.

Von

Dr. Karl Hillebrecht, Heringen-Werra.

Bei Betrachtung der Sprachstörungen hat man im allgemeinen zu unterscheiden: 1. Verlust oder bloße Störungen der Sprache infolge Beschädigung extra-zerebraler Organe, besonders des Sprachapparates, und 2. solche infolge zerebraler Vorgänge als solcher im Gehirn selbst, bei voller Integrität der Organe und ihrer Nerven, durch die die Sprache zustande kommt.

Die Störungen der ersten Art hat man mit Recht als Dysarthrie, dem Verlust, wobei der Kranke nur noch unvollständig lallt, als Anarthrie bezeichnet, weil sie eben durch Parese oder Lähmung der Artikulationsmuskulatur, also der Lippen-, Gaumen-, Zungen-, Kehlkopf- und Atemmuskulatur hervorgerufen werden. — Alle diese Störungen sind charakterisiert durch das Unvermögen, das deutlich oder überhaupt sagen zu können, was gesagt werden soll. Das Gehirn als Erzeuger und Bewahrer der Klangbilder für die Worte ist in Ordnung; aber der Sprachapparat versagt mehr oder weniger seinen Dienst.

Die Störungen der zweiten Art, die man kurz Aphasie zu nennen pflegt, zeichnen sich dadurch aus, daß bei zum Teil wohlerhaltenen Vermögen, Vorstellungen zu produzieren und in regelrechter Weise miteinander zu verbinden, und bei ungestörter Funktion des Sprachapparates, was man am Bewegen der Lippen und der Zunge sehen kann, die Vorstellungen, die zum Ausdruck gebracht werden sollen, doch nicht ausgedrückt werden können; denn es ist eben das Klangbild dafür abhanden gekommen, das Wort verlorengegangen, oder es wird durch allerlei Nebenprodukte gestört.

Da, wie gesagt, das Wesen der aphatischen Zustände in dem Unvermögen beruht, zu den vorhandenen Vorstellungen das richtige Wort zur Stelle zu haben oder es zu finden, so ist bei solchen Kranken meist nicht nur die Sprache als solche gestört, sondern überhaupt die Fähigkeit, sich zu verständigen. Solche Leute können deshalb ganz gewöhnlich auch nicht schreiben (Agraphie), sich nicht einmal durch Mienen oder Gebärden verständlich machen

Digitized by Google

(Amimie). Viele sind außerstande zu lesen (Alexie), manche Gesprochenes zu verstehen. Andere machen beim Versuch zu schreiben nichtssagende Striche und Punkte (Paragraphie).

Beim Versuch, mit dem Finger zu winken, wird mit ihm gedroht (Paramimie). Statt der geschriebenen oder gedruckten Worte werden andere gesagt, statt der vorgesagten werden andere reproduziert (Paraphasie).

Häufig treten diese Erscheinungen nicht als totale, sondern als partielle auf. Die Kranken können einzelne Buchstaben und kurze Worte nachschreiben und lesen. Das Geschriebene ist aber meist ganz unleserlich. Agraphie und Alexie kommen auch isoliert vor. Jedoch sind davon nur wenige Fälle beschrieben.

Als eine eigentümliche Störung ist noch die von Berlin beschriebene Dyslexie zu erwähnen. Sie besteht darin, daß der Kranke nur ein paar Worte oder Sätze lesen kann, aber dann ermüdet und nicht weiter lesen kann.

Im Vordergrund aber steht neben diesen erwähnten Symptomen als die Haupterscheinung der Verlust der Sprache, die Aphasie. Deshalb hat man, wie schon oben gesagt, dem ganzen Symptomkomplex den Sammelnamen Aphasie gegeben. Damit ist also nicht nur der Verlust der Sprache gemeint, man denkt dabei auch an die übrigen zum Komplex gehörigen Symptome. Aphatische Zustände hat man schon in den ältesten Zeiten, schon seit Hippokrates und Galenus gekannt. Sie wurden als Amnesia, Alalia, als Aphemie und Aphasie bezeichnet. Auf das Wesen der Zustände ging man wenig ein, man warf alles zusammen. — Erst das vorige Jahrhundert hat da Wandel geschafft. Viele Autoren beschäftigen sich damit. Aber erst *Broca* und *Wernicke* war es beschieden, Licht in diese Zustände zu bringen.

Die Aphasie im eigentlichen und engeren Sinne des Wortes tritt in zwei Hauptformen auf. Als: 1. Aphasia motoria und als 2. Aphasia sensoria, und zwar beide wieder in kompletten und partiellen Unterarten. Die erstere stellt das Unvermögen dar, aus den Lauten die Silben und Worte zu bilden, ist also wesentlich motorischer Natur. *Broca* wies im Jahre 1861 als erster darauf hin, daß als Sitz dieser Störung der hintere Bezirk der dritten linken Stirnwindung zu betrachten sei. Die sensorische Aphasie beruht auf dem Unvermögen, die Worte zu empfinden, ist also wesentlich sensorischer Natur. *Wernicke* wies nach, daß der Ort dieser Läsion das von ihm gefundene sensorische Sprachzentrum, das Wortklangbildzentrum, in der ersten Windung des linken Schläfenlappens zu suchen sei.

Um das vollständig zu verstehen, muß man sich vergegenwärtigen, daß das Wort, wie auch immer zum Ausdruck gebracht, aus mindestens zwei Teilen, einem aufgenommenen, also einem

Digitized by Google

durch das Gehör, Gesicht oder Gefühl zur Perzeption gelangten, und einem, durch den es wieder nach außen produziert wird, besteht. Zwischen beiden, diesen übergeordnet, liegt noch ein dritter Begriff, doch mag dieser hier nicht weitererörtert werden. *Wernicke* und *Lichtheim* haben ein Schema aufgestellt, daß die in Betracht kommenden Zentren mit ihren Verbindungen enthält. Sie unterscheiden danach kortikale, d. h. Erkrankung der Zentren, subkortikale, d. h. Zerstörung der Projektionsbahnen zu und von den Zentren, und transkortikale Läsionen, das sind die Zerstörungen der Bahnen vom sensorischen und motorischen Sprachzentrum zu den Begriffen. Doch hat dieses Schema schon in vielen Fällen im Stich gelaggen, da eine Einordnung nicht immer möglich war.

Bei der motorischen Aphasie hat nun der motorische Teil der Wortbildung gelitten. Es ist zwecklos, das Wort vorzusagen, es geschrieben oder gedruckt zu zeigen, durch eine Gebärde deutlich zu machen. Der motorisch Aphatische ist außerstande, das Wort nachzusprechen, obwohl er durch Zeichen und Mienen zu verstehen geben kann, daß er sehr richtig verstanden habe und nur nicht das zu sagen vermöge, was er sagen wolle. Es sind nur noch wenige Worte vorhanden, nur noch Worttrümmer. Der motorisch Aphatische kann nur noch die Laute, Silben und Worte zum Ausdruck bringen, zu deren Projektion nach außen ihm noch die Möglichkeit geblieben ist.

In leichteren Fällen (partielle motorische Aphasie) versetzt er Silben und Buchstaben (Silbenstolpern, literale Ataxie). Wenn er statt der richtigen falsche Worte setzt, so redet man von Paraphasie, bei dem motorisch Aphatischen meist einer literalen. Es werden statt der richtigen falsche Buchstaben gebraucht. Meistens ist bei der motorischen Aphasie Agraphie vorhanden. Man wollte dies damit begründen, daß dem Schreiben ein inneres Sprechen vorausgeht. Doch kann sie auch in vielen Fällen fehlen. Fast immer vermißt man dabei auch nicht eine mehr oder minder weitgehende Alexie. Es hat eben auch die Bildung des zum Lesen nötigen akustischen Wortes gelitten.

Bei der sensorischen Aphasie ist die Lautempfindung geschmälert oder völlig abhanden gekommen, die Wortklangbilder sind verlorengegangen. Bei im übrigen gut erhaltener Hörfähigkeit besteht nur ein teilweises oder in schweren Fällen völliges Unverständnis für Worte (partielle oder komplette sensorische Aphasie). Spontanes Sprechen ist dagegen möglich, wenngleich in der Regel nicht ohne Störung, da ja die Kontrolle, die von seiten des sensorischen Sprachzentrums über das motorische ausgeübt wird, nun in Wegfall kommt. Worte werden verwechselt, ähnlich lautende an Stelle der richtigen eingeschoben (verbale Paraphasie). Das Lesen und Schreiben hat in der Regel sogar

Digitized by Google

eine erhebliche Beeinträchtigung erfahren, indem wieder die Bildung des inneren akustischen Wortes Schaden gelitten hat.

Es gibt nur wenige, in der Literatur erwähnte Fälle, in denen komplette motorische und sensorische Aphasie sich kombiniert haben. Bei solch einer totalen Aphasie kann der Kranke weder Worte aussprechen noch verstehen.

Häufiger kommt es vor, daß bei partiellen Aphasien sich Mischungen motorischer und sensorischer Erscheinungen einstellen. Dagegen sind reine Fälle von motorischer und sensorischer Aphasie ebenfalls sehr selten.

Bei den partiellen Aphasien schwinden die Eigennamen zuerst, dann folgen die anderen Worte, zuletzt die gewissermaßen zur zweiten Natur gewordenen Interjektionen. Bei den Ausdrücken der Affektsprache ist es ebenso. Flüche, habituell gewordene Redensarten werden oft in Affekt geäußert, während im übrigen Aphasie besteht. Ähnlich verhält sich in dieser Beziehung auch die Schrift- und Gebärdensprache. In gewissen Erregungszuständen schwindet oder mäßigt sich die Agraphie, die Amimie. Es können einige Schriftzüge hergestellt werden, vor allen die zur zweiten Naturwurden: der eigene Name, der Wohnort, die allgemeine Formel des Datums. Auch mit manchen, in der Schule erworbenen Kenntnissen geht es so, ebenfalls mit langen Zahlenreihen. Solche, wie z. B. die Monate, können die Kranken nennen. Auf eine bestimmte Frage können sie aber nicht antworten. — Nicht selten sind Fälle, in denen die Zugehörigkeit der Gegenstandsbegriffe zu den Wortbildern gewissermaßen vergessen ist. Es handelt sich meist um den Verlust bestimmter Gruppen von Vorstellungen aus dem Gedächtnis. Diesen Zustand bezeichnet man als amnestische Aphasie. Der Kranke kennt den Gegenstand, gebraucht ihn richtig, kann ihn aber nicht benennen. Die motorische Fähigkeit, den Namen auszusprechen, als solche ist vorhanden, denn der Name wird häufig sofort nachgesprochen. *Kraepelin* weist auf diese Zustände hin. Auch *Wolff* hat solche Fälle beschrieben.

Eine Erscheinung, die gerne im Bilde der Aphasie auftritt, ist noch zu erwähnen: die Apraxie. Ganze Muskelgruppen können nicht zu zweckmäßigen Handlungen gebraucht werden. Der Kranke macht verkehrte Bewegungen, kommt in eine falsche Handlung hinein. Nach *Liepmann* ist bei der Apraxie zwar das motorisch-sensorische Zentrum der betreffenden Extremität erhalten, aber es ist seiner Verbindungen mit der übrigen Hirnrinde beraubt.

Die Ursachen für eine Aphasie können mannigfaltiger Art sein. In der Literatur werden eine ganze Reihe von Infektionskrankheiten, wie Typhus, Scharlach, Blattern, Lungenentzündung, Erysipel, Encephalitis und andere, erwähnt, ebenso eine Zahl von Blutkrank-

Digitized by Google

heiten, wie z. B. Anämie, ferner Stoffwechselerkrankungen, wie der Diabetes. Ihre Bedeutung ist wohl darin zu suchen, daß sie durch Beeinträchtigung der Ernährung des Gehirns der Entwicklung der Aphasie Vorschub leisten. Doch sind diese Fälle vorübergehender Natur. Auch angeborene Aphasie kommt vor.

Bei Helminthiasis, Dysmenorrhoe liegt die Sache so, daß auf reflektorischem Wege die Sprachzentren gelähmt werden. Auch bloße Erregungen, besonders Schrecken, können Lähmungen ähnelnde Sprachstörungen hervorrufen. Ein sehr geschwächtes Gehirn ändert eben auf Grund verhältnismäßig starker Reize, die von der Peripherie her auf es einwirken, leicht seine Tätigkeit ab, stellt sie sogar scheinbar oder wirklich ein. Daraus erklären sich die bei hysterischen und bei nervösen Personen überhaupt ganz besonders häufig beobachteten aphatischen Zustände. Am häufigsten jedoch rufen solche Krankheiten Aphasie hervor, die zu gröberen geweblichen Veränderungen im Gehirn führen oder auf ihnen beruhen. Da sind zu nennen Geschwülste in den Sprachzentren oder ihrer Nähe, besonders Gliome, Abszesse vom Ohr aus, ferner umschriebene Atrophie der Großhirnrinde und Verletzungen des Schädels. Die bedeutendste Rolle spielen Apoplexien und Embolien der Art fossae Sylvii, aneurysmatische Erweiterungen der Gefäße, Neubildungen, besonders luetischer Natur. Die Folge davon ist, daß aphatische Zustände, besonders solche motorischer Art ganz gewöhnlich noch mit anderen Störungen vergesellschaftet sind, zumal mit Hemiplegie.

Fälle, in denen die Hemiplegie fehlt, sind nicht häufig.

Ich hatte nun Gelegenheit, an der von Herrn Geheimrat Prof. Dr. *Sommer* geleiteten Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen einen Fall von partieller Aphasie zu beobachten, bei dem jede Hemiplegie fehlte. Dieser bot, wie die Krankengeschichte zeigt, auch eine Reihe von sensorischen Symptomen. Interessant war es festzustellen, wie stark sich bei der Übernahme des Falle diese Erscheinungen zurückgebildet hatten, und daß ich während der ganzen Zeit nur selten ganz wenig davon, im übrigen nur motorische Symptome beobachtete.

Ich lasse die Beschreibung des Falles, beginnend mit der Krankengeschichte, folgen.

Krankengeschichte:

Die Kranke, Frau M. W., wurde, am 27. VI. 21 ohne irgend eine Angabe von der Medizinischen Klinik der Klinik überwiesen. Dort hatte sie sich eingefunden, ohne sich irgendwie verständlich machen zu können. Sie konnte weder schriftliche noch mündliche Angaben machen. Am folgenden Tage gab ihre Mieterin, Frau U., an, daß die Pat. immer sehr mißtrauisch und geizig gewesen sei, trotzdem sie in guten Verhältnissen lebe. Am letzten

Digitized by Google

Samstag, dem 25. VI. 21, habe die Kranke plötzlich nicht sprechen können, mit einem Schlüssel habe sie den Gasherd anzünden wollen (Apraxie). Wie der Vermögensverwalter der Pat., Herr H., später auch sagte, habe die am 24. I. 1841 geborene Kranke vor ihrer Aufnahme einen Schlaganfall erlitten, mit sehr geringen Lähmungserscheinungen. Einen gleichen habe sie schon einmal vor $1^1/_2$ Jahren gehabt.

Die Kranke war bei der Aufnahme sehr erregt und weinerlich, machte einen verwirrten Eindruck. Ihre Sprache war ein ganz unverständliches Kauderwelsch.

Bei den ersten Untersuchungen beantwortet sie nur einfache Fragen mit »Ja« und »Nein«, kleinen Aufforderungen kommt sie leidlich nach.

Die Kranke befindet sich in gutem Ernährungszustande. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten. Die Lungen- und Herzgrenzen sind normal, das Atemgeräusch vesikulär, die Herztöne über allen Ostien rein. Der Puls beträgt 86, ist etwas gespannt. Die Radial-Arterien sind geschlängelt und derb. Der Blutdruck beträgt 175 Hg., ist also erheblich gesteigert.

Das Abdomen ist ebenfalls ohne Befund. Im Harn wurde wiederholt reichlich Zucker festgestellt.

Auf motorischem Gebiete sind keine Besonderheiten und Abweichung von der Norm zu bemerken, keine Lähmungserscheinungen wahrzunehmen. Die Reflexe sind sämtlich normal. Pathologische Reflexe sind nicht vorhanden. Die gleich weiten Pupillen reagieren prompt und gleichmäßig; ebenso sind keine Sensibilitätsstörungen nachzuweisen. Geruch und Geschmack sind normal. Der gleiche körperliche Befund wurde nach Übernahme des Falles wiederholt erhoben.

Die Stimmung der Kranken hat sich seit ihrer Aufnahme dauernd gebessert. Doch war stets eine starke Labilität dieser auffällig. Die Angaben der Mieterin bestätigten sich. Die Kranke ist sehr mißtrauisch, oft recht unwirsch, eigensinnig den Ärzten und dem Personal gegenüber, gegen letzteres häufig direkt gewalttätig.

Die Pat. führt kleine Aufträge, wie z. B. den rechten Arm hochzuheben, ziemlich schnell aus, allerdings mußten sie häufig wiederholt werden.

Als ihr ein Schlüssel gezeigt wird, sagt sie mit vieler Mühe: »Schl——*ü*—ssel«. Andere Gegenstände wie einen Kork, ein Stück Kreide bezeichnet sie jedesmal mit: »Schl——i——ppen«. (Perseveratorisch beeinflußte Paraphasie.) Einen Bleistift bezeichnet sie richtig als solchen, weiß aber nichts damit anzufangen. Diese letztere Erscheinungen sind ohne Zweifel als sensorische anzusehen, neben den übrigen motorischen.

Im August hat sich das Sprachvermögen der Kranken allmählich gebessert. Sie ist etwas häufiger verständlich. Fragen und Aufforderungen werden meist richtig erfaßt und ausgeführt.

Im September wird von der Klinik festgestellt, daß motorische und sensorische Erscheinungen zu gleichen Teilen bestehen. Die Patientin liest Snellensche Tafeln ziemlich richtig. Dagegen ist das Lesen von Worten und ganzen Zahlen schlecht. Kurze Sätze kann sie sagen.

Im Dezember ist bei der Übernahme des Falles eine weitere allmähliche Zunahme des Wortschatzes der Kranken festzustellen.

Digitized by Google

Art der Untersuchungen.

Die Untersuchungen waren häufig nicht sehr leicht anzustellen. Immer wieder zeigte sich die Labilität der Stimmung. Außerdem sprachen sehr die Charakterveränderungen infolge des hohen Alters — 80 Jahre — mit. Mit einer dieser, der Neugierde, war im Anfang viel zu erreichen. Anfangs, als ihr meine Bekanntschaft noch neu war, gab mir die Pat. gern Auskunft. Ebenso ging es, wenn die Kranke neue Vorgänge um sie herum beobachtete. Doch im Laufe der Zeit stimmten solche Vorgänge sie oft sehr weinerlich. Dann war gar nichts zu machen. Allmählich stumpfte das Interesse der Pat. für meine Untersuchungen ab, sie war gegen mich oft recht eigensinnig. Zu erklären ist das wohl auch damit — ich konnte es häufig beobachten —, daß die Kranke wegen der z. T. verhältnismäßig leichten Aufgaben oft recht beleidigt tat und nicht selten in Weinen ausbrach. Jedoch schwierigere Aufgaben zu lösen, dazu war sie infolge ihrer Sprachstörungen und wohl auch ihres hohen Alters nicht imstande.

Die Untersuchungen wurden zum größten Teil mit den in der Klinik gebräuchlichen Methoden, Apparaten u. dgl. angestellt. Ausgezeichnete Dienste leisteten mir ein von der Klinik sehr sorgfältig zusammengestellter Kasten mit einer großen Reihe von Gegenständen, ferner die *Sommer*schen Rechen- und Associationsbogen und der Apparat von *Rossolimo*. Die Untersuchungen hatfolgendes Ergebnis:

Ergebnisse der Untersuchungen.

I. Nachsprechen:

Der Kranken wird aufgegeben, »Kottbuser Postkutsche« zu sagen: sie fängt stammelnd an, die Laute des langen Wortes herauszustoßen, dabei gibt sie sich ersichtliche Mühe. Sie sagt nur: »K*o*—tt—b—u—s—'«, dann hört sie auf. Mit dem Worte »Konstantinopel« geht es ähnlich. Die Kranke sagt nur: »K*o*—n—st*a*n—t—i—'«; dann bleibt sie wieder stecken.

Daß sie die Worte erfaßt und verstanden hat, kann man daraus ersehen, daß sie zuweilen mit dem Kopf nickt. Auf die Frage, ob sie verstanden habe, antwortet sie mit »Ja«. Darauf gebe ich das Prüfen dieser längeren Worte auf. Dagegen vermag die Kranke kurze Worte leidlich nachzusprechen. So spricht sie, die Worte dabei ziemlich langziehend, Folgendes nach: »Apfel« — »*A*—ppel«; »Soldat« — »S—*o*—ldat«; »Schlüssel« — »Schl—üssel«; »Ente« — »*E*—nte«; »Doktor« — »D—*o*—ktor«.

II. Willkürliches Nachsprechen, hierbei soll Pat. gesehene Gegenstände bezeichnen.

Ref. zeigt der Pat. folgende Gegenstände und fragt dabei: »Was ist das?« Die Kranke bezeichnet den Gegenstand als:

Digitized by Google

1. einen Bleistift — »Bl—*ei*—stift«, 2. einen Federhalter — »F—*e*—derhalter«, 3. eine Bürste — »B—*ü*—rste«, 4. einen Apfel — »*A*—ppel«, 5. eine Tasse — »T—*a*—sse«, 6. einen Frosch — »Fr—o—sch«, 7. einen Schwan — »Schw—a—n«, 8. eine Glocke — »Gl—*o*cke«, 9. einen Ochsen — »Ochs'«, 10. eine Ente — »*E*—nte«, 11. ein Hahn — »H—*ah*—n«, 12. einen Bleistift (wiederholt) — »Bl—*ei*—stift«, 13. eine Pistole — »P—*i*—st*o*le«, 14. einen Husaren — »S*o*—ld—*a*t, — R—ei—ter«, 15. einen Schlüssel — »Schl—*ü*ssel«, 16. eine Kerze — »L—i—cht«, 17. einen Weihnachtsbaum — »Chr—i—st—b*au*m«, 18. einen Tisch — »T—*i*—sch«, 19. ein Stück Seife — »S—*ei*—*fe*«, 20. einen Schrank — »Schr—*a*nk«, 21. ein Tintenfaß — »T—*i*n—ten—f—*a*—ß«, 22. ein Handtuch — »H—*a*—nd—t*u*ch«, 23. eine Kanone — »Sch—*ie*—ßen, K*a*—n*o*—n*e*», 24. einen Stuhl — »St—uh—l«, 25. ein Taschentuch — »T—a—schen—tuch«, 26. ein Buch — »B—*u*—ch«, 27. ein Streichholz — »Str—*ei*—ch—holz«, 28. einen Löffel — »L—*ö*—ffel«, 29. ein Bild mit vier spielenden Kindern — »Hü—bsches B—*i*—ld, h*ü*—b—sche Kin—der«, 30. ein Messer —»M—e—sser«.

Die Kranke erkennt die gereichten Gegenstände meist sofort, ebenso sagt sie auch die richtige Bezeichnung; allerdings fast immer stockend, indem sie die einzelnen Buchstaben bzw. Silben einzeln, fast zischend herausstößt.

Daß sie eine Schlange, die ihr wiederholt gezeigt wurde, erkennt, kann man deutlich an ihrer Reaktion sehen. Sie wendet sich mit Ekel ab und macht dabei abwehrende Bewegungen mit den Armen. Zunächst findet sie den Namen nicht. Auf die Frage, ob es eine Schlange sei, antwortet sie: »Ja«. Später bezeichnet sie das Tier auch als »Schl*ange*«.

III. Bezeichnung und Gebrauch von Gegenständen.

1. Als der Pat. ein Bleistift gereicht wird, mit der Frage, was es sei, antwortet sie: »Bl—ei—stift«. Auf die Frage, was man damit mache, sagt sie: »Schr*ei*—ben« und fängt auf Aufforderung hin an zu schreiben.

2. Der Kranken wird während Ref. hinter ihr steht, um sich nicht durch Gebärden deutlich zu machen, eine Bürste gereicht und gefragt: »Was ist das?« Sie bezeichnet sie sofort als »B*ü*rste«. — »Was macht man damit?« Sie fängt an, das Bett auszubürsten.

3. Es wird ihr ein Taschentuch gereicht. — »Was ist das?« — »T—a—schen—tuch«. »Was macht man damit?« — Pat. schnäuzt sich die Nase.

4. Ref. gibt ihr einen Apfel. »Gr*o*—ßer A—ppel« ruft sie. »Wozu gebe ich Ihnen diesen?« — »Zum *E*—ssen«, lautet die Antwort. Pat. beißt hinein.

Digitized by Google

5. Von hinten wird ihr die Brille vorgelegt. »*Mei*ne Br—i—lle« sagt die Kranke. — »Was macht man damit?« »L—e—sen. Sie fängt an, ein vorgelegtes Blatt zu lesen.

6. Der Pat. reicht Ref. ein Klingel. Er fragt »Das ist eine?« Sie sagt »Glo—cke«. »Wozu dient die?« — »*Zu*m Kl—i—ngeln«. Sie klingelt auf Aufforderung.

7. Einen ebenfalls von hinten vorgelegten Schlüssel bezeichnet sie richtig als »Schl—ü—ssel«. Sie fängt an, auf die Frage, was man damit mache, die Bewegung des Schließens zu machen.

Alle Bezeichnungen macht die Kranke in der schon unter II. erwähnten Weise. Die Bewegungen, die sie beim Gebrauch der Gegenstände macht, sind schnell, wohlgeordnet und gleichmäßig. Von dem in dieser Beziehung in der Krankengeschichte erwähnten Störungen ist nicht mehr das Geringste zu bemerken.

IV. Prüfung durch einfache Fragen,

die, alltäglich im Gebrauch, häufig wiederholt wurden.

Es werden folgende Fragen an die Kranke gestellt, die sie wie folgt, oft dabei nickend, schnell beantwortet.

1. Haben Sie gut geschlafen? »Ja«. 2. Wie geht es Ihnen? »G—u—t«. 3. Haben Sie Schmerzen? »N*ein*«. 4. Heißen Sie Marie? »Ja«. 5. Heißen Sie W...? »Ja«. 6. Lebt Ihr Mann noch? »N*ein*, *ist* t—*o*t«. 7. Wie war es Weihnachten? »Sch—ö—n«. 8. Hat Ihnen der Weihnachtsbaum gefallen? »Sch—ö—n, schö—ner Ch—r—i—st—bau—m«. 9. Wie schmeckt Ihnen das Essen? »G—*u*—t, g—*u*—t«. 10. Möchten Sie heim? »N—*ei*—n«. 11. Frieren Sie? »N—ei—n«. 12. Haben Sie Kinder? »N—ei—n«.

Die Fragen wurden zu den verschiedensten Tageszeiten an die Kranke gerichtet. Sie antwortete meist sehr prompt und verständnisvoll. Aber gerade bei dem Fragen nach ihrem Befinden und nach dem Essen wurde sie leicht mürrisch und verstimmt. Dann fing sie an, Wünsche äußern zu wollen, dabei wurden ihre Laute und Worte wieder ein richtiges Kauderwelsch. Nur wenige Worte konnte man verstehen, um so mürrischer und weinerlicher wurde sie dann. Manchmal konnte man sie dadurch beruhigen, wenn man affektvoll sagte, »Sie sind eine gute Frau«; woraufhin sie häufig lachte.

V. Prüfung durch einfache Aufgaben.

Der Kranken werden folgende Aufgaben gestellt. 1. »Zeigen Sie mir die Zunge«. Sie tut es prompt. 2. »Heben Sie den linken Arm«. Auch dieses geschieht sofort. 3. Ebenso schnell reicht sie Ref. die rechte Hand auf die Aufforderung hin: »Geben Sie mir Ihre rechte Hand«. 4. »Heben Sie den rechten Arm hoch!« Sie hebt ihn rasch hoch. 5. Ebenso schnell führt die Kranke den

Digitized by Google

Zeigefinger an die Nase, als ihr gesagt wird: »Führen Sie den Zeigefinger an die Nase«. 6. »Setzen Sie Ihre Brille ab«. Sie setzt sie ab. »Setzen Sie sie wieder auf«. Sie tut es. 7. »Klatschen Sie mit den Händen«. »Ich kl—a—tschen«, sagt sie, als ob sie damit ausdrücken wollte: »Das ist doch nicht viel verlangt«, sie klatscht mehrmals laut mit den Händen.

Alle diese Aufgaben werden gestellt, während der Ref. hinter dem Kopfende des Bettes der Kranken steht. Die Bewegungen sind wieder schnell, synergetisch.

VI. Prüfung der Schulkenntnisse.

Zur Prüfung dieser werden die Intelligenzprüfungs- und die Sommerschen Rechenbogen benützt. 1. Die Kranke wird aufgefordert: »Sagen Sie das Alphabet«. Sie fängt an, es richtig zu nenn: »a, b, c, d usw.«. Bei »l« macht sie eine Pause, ebenso bei »t«. Mit vieler Mühe und häufigem Stocken sagt sie es zu Ende. 2. »Zählen Sie«. Sie zählt, erst ziemlich schnell, dabei die Zahlen dehnend, dann langsamer: »eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs, sieben, acht, neun — hier macht sie eine Pause, dann weiter — zehn, elf, zwölf, dreizehn, vierzehn, fünfzehn, sechzehn, siebzehn, achtzehn, neunzehn, zwanzig.« Auf die Aufforderung, weiterzuzählen, bringt sie es mit vieler Mühe, oft schwer verständlich, bis dreißig. 3. »Nennen Sie mir die Wochentage. Sie nennt sie richtig der Reihe nach: »*M*ontag, *Di*enstag, *Mit*twoch, D*o*—nnerstag, Frei—*tag*, S*a*ms—*tag*, S*o*—nn*tag*«. 4. Ebenso zählt sie, allerdings mit einiger Mühe, auf Aufforderung die Monate auf: »Ja—nuar, Febr—u—ar, M*ä*rz, A—pril, Mai, Ju—ni, Ju—li, Au—*g*ust (hier tritt wieder eine längere Pause ein), Se—pte—mber, Okt—*o*ber, No—*v*ember, D*ez*—*e*mber«. 5. Wie heißt die Hauptstadt von Deutschland? Pat. antwortet schnell: »B—er—lin«. 6. Wie heißt die Hauptstadt von Hessen? Darauf sagt sie prompt: »Da—rm—st*a*dt«. 7. Welches ist die Universitätsstadt Hessens? »G—ie—ßen«. 8. An welchem Flusse liegt Gießen? Die schnelle Antwort lautet: »*A*n d*er* L—*a*hn«.

Folgende Rechenaufgaben werden gestellt:

1. »Wieviel ist 2×2?« — »V—ier«. 2. »Wieviel ist 2 u. 2?« — »V—ier«. 3. »Wieviel ist 4 u. 6?« — »Z—ehn«. 4. »Wieviel ist 3×2?« — »S—echs«. 5. »Wieviel ist 5×3?« — »Fünf—z—ehn«. 6. »Wieviel ist 7—4?« — »Dr*ei*«. 7. »Wieviel ist 9:3?« — »Dr*ei*«.

Diese Aufgaben werden ziemlich schnell gelöst, ihr Ergebnis ziemlich langsam gesagt. Auch mit höheren Zahlen werden Aufgaben versucht. Diese werden schwer ausgerechnet. Da scheint doch das Alter sehr wesentlich mitzusprechen. Außerdem sind die Ergebnisse kaum zu verstehen, so daß weitere Aufgaben nicht gestellt wurden.

Digitized by Google

VII. Prüfung der Orientiertheit.

Die Kranke zeigt sich, wie sich aus dem Folgenden ergibt, durchaus orientiert. Sie antwortet schnell und prompt: 1. »Wie heißen Sie?« — »M—*a*—rie W—....«. 2. »Sind Sie 40 Jahre alt?« — »N—ei—n«. 3. »Wie alt sind Sie denn?« — »Acht—zig J—a—hre«. 4. »Wo sind Sie zu Hause?« — »In G—..—!« 5. »Welchen Monat haben wir jetzt?« — »J*a*n—u—ar« (stimmt). 6. »Welches Jahr haben wir denn jetzt?« — Pat. überlegt eine Weile, sagt dann »Zw*ei*—und—zw*a*n—zig«. 7. »Wo sind Sie hier?« — »*I*n d—*e*r Kl—i—nik«. 8. »Mit wem sind Sie hierher gekommen?« — »All—*ei*n«. 9. »Wer sind die Leute in diesem Hause?« — »K—r*a*—nke«. 10. »Welchen Wochentag haben wir heute?« — »D—ie—nstag« (stimmt).

VIII. Prüfung der Assoziationen.

Mit Hilfe der Sommerschen Assoziationstafeln wurde häufig versucht, die motorischen assoziativen Fähigkeiten zu prüfen. Den Zweck dieser Versuche versteht die Pat., wie man an ihrem Gesichtsausdruck sehen kann, wohl. Aber es ist nur in oft wiederholten Untersuchungen möglich, etwas Positives zu erreichen. Gerade bei diesen stößt die Pat. die Laute und Silben besonders stark heraus und spricht sehr langsam und schleppend, oft recht unverständlich. 1. Als ihr das Reizwort »hell« genannt wird, sagt sie »L—i—cht«, auf »schwarz« — »finster«. 2. Auf »dick« assoziiert sie: »d*i*cker M*a*nn«. 3. Das Wort »stinkend« läßt sie sagen: »Hie—r st—inkt *es*«. 4. Bei dem Reizwort »kalt« assoziiert sie: »K*a*lte H—*ä*n—de«. 6. Auf »Bett« — »wa—rm«. 7. Als ihr das Wort »Gießen« genannt wird, sagt sie: »St—*ad*t«. 8. Auf das Reizwort »Sonne« sagt Pat.: »N*i*cht S*o*—nne«.

IX. Leseprüfung.

Der Kranken werden nach und nach sämtliche Buchstaben des deutschen und lateinischen Alphabets vorgelegt. Sie liest sie sämtlich laut vernehmlich, deutlich und prompt. Desgleichen eine ganze Anzahl von Zahlen, ein-, zwei- auch dreistellige. Zahlen mit noch mehr Stellen zu lesen fällt ihr recht schwer, oder sie versagt sogar. Ihre Sprache wird undeutlich, Worte und kurze Sätze werden mit großer Mühe, sehr stockend und mit Unterbrechungen gelesen. 1. »Prost Neujahr« liest sie sehr langgezogen: »Pro——st N*eu*——j*a*h—r«. 2. Ebenso »Januar«: »Ja——n—u——ar». 3. »Dienstag«: »Die——ns—t—a—g«. 4. »Klinik«: »Kl——i——n——ik».

X. Schreibprüfung.

Das Schreiben fällt ganz besonders schlecht aus. Es will der Kranken schon sehr schwer gelingen, einzelne Buchstaben

Digitized by Google

nachzuschreiben oder auf Diktat zu schreiben. Ihre Schriftproben weisen ein unleserliches Geschreibsel auf. Die Buchstaben, von denen man dann und wann einen entziffern kann, stehen nicht in einer Höhe. Sie gehen z. T. ineinander über. Außerdem kann man häufig eigentümliche bogenförmige Windungen in der Schrift beobachten. Diese ist recht zitterig. Der Aufforderung, »Januar« und »Neujahr« nachzuschreiben, kommt sie sofort nach. Es ist aber nicht das geringste zu entziffern. Auch ihren Namen schreibt sie auf Aufforderung sofort. Man kann aus dem ersten Worte ungefähr »Marie«, ihren Vornamen, herauslesen. Das übrige ist unleserlich.

XI. Untersuchung des optischen Apparats und stereognostischen Sinns.

Daß ersterer in Ordnung ist, konnte man z. B. daraus ersehen, daß, als vor Weihnachten der Weihnachtsbaum in das Zimmer gebracht wurde, in dem die Untersuchung stattfand, die Kranke freudestrahlend die Hände nach ihm ausstreckte und sagte: »Chri——st—b—*au*m, schön«.

Zur Prüfung des stereognostischen Sinnes wurden ihr die Augen zugehalten und verschiedene Gegenstände in die Hand gedrückt. So erkennt sie einen Schlüssel sofort und sagt: »Schl—ü—ssel«. Ebenso erkennt sie nach einigem Nachdenken eine Uhr und bezeichnet sie richtig als: »Uh—r«.

XII. Prüfung nach Rossolimo.

Zuletzt wurde noch eine Reihe von Versuchen nach Rossolimo angestellt. Es wurden ihr zwei verschieden schwere Rundhölzer gereicht. Auf die Frage, welches das schwere sei, sagt sie: »D—a—s« (das richtige). Von verschieden langen Hölzern soll die Kranke das längste aussuchen. Sie tut dies schnell und richtig. Verschiedene Figuren zum Zusammensetzen setzt sie ohne große Schwierigkeiten zusammen. Über Bilder, die darstellen, wie ein Fuchs eine nichtsahnende Ziege über einen Schacht lockt, lacht sie. Beim Anblick des Bildes, auf dem die Ziege in den Schacht stürzt, sagt sie: »Z—ie—ge ge—f—a—llen«.

Wenn man diese Untersuchungen mit denen der Krankengeschichte vergleicht, so kann man feststellen, wie die sensorischen Erscheinungen fast völlig geschwunden sind. Da ist keine Spur mehr von der verbalen Paraphasie, jener Eigentümlichkeit der sensorischen Aphasie mit Perseveration vorhanden, wie sie in der klinischen Krankengeschichte verschiedentlich angegeben ist.

Das sensorische Sprachzentrum, das Zentrum für die Wortklangbilder, ist fast wieder ganz intakt. Nur selten mußten, wie die Versuche ergaben, Aufgaben und Fragen wiederholt werden,

Digitized by Google

weil sie von der Kranken nicht verstanden schienen. Doch spricht da wohl auch mit, daß die Pat. durch äußere Vorgänge abgelenkt wurde oder sich, wenn sie einen Wunsch hatte, den sie nicht verständlich äußern konnte, nicht sammelte.

Auch die von der Klinik erwähnte Apraxie ist völlig geschwunden. Die Pat. führt alle Aufträge richtig mit koordinierten Bewegungen aus.

Auffällig sind dann die Charakterveränderungen der Kranken, die zum großen Teil wohl durch das hohe Alter, z. T. aber auch indirekt durch das Leiden bedingt sind. Die Kranke kann nur sehr schwer oder gar nicht ihre Wünsche äußern. Auch dies tut sie schon in einem sehr weinerlichen Ton, so daß man sie nicht verstehen kann; sie wird dann mißlaunisch und weint häufig. Auch ihre Umgebung gefällt ihr gar nicht. Sie regt sich oft über diese sehr auf.

Ferner ist auffällig das Fehlen jeglicher Hemiplegie, nicht die geringste Lähmung ist festzustellen.

Aber auch die Fortschritte auf dem motorischen Gebiete waren erstaunlich. Fast jeden Tag begrüßte die Pat. die Ärzte bei der Visite mit neuen Worten: »Gu—ten Mo—r—*gen*«, »D*anke*«, »Auf Wie—der—se—hen«. Ihr Sprachschatz vermehrte sich täglich.

Die Pat. ist völlig orientiert. Ihre Schulkenntnisse sind trotz des hohen Alters noch leidlich. Bei der Prüfung dieser wurde darauf geachtet — denn dies ist gerade bei einigermaßen Intelligenten sehr leicht der Fall —, daß die Kranke nicht nur Reihen mechanisch hersagte, sondern auch über die Aufgaben nachdachte. Ja, selbst die motorische Assoziationsfähigkeit war, allerdings mit Schwierigkeit, zu prüfen möglich.

Selbst von einer der motorischen Aphasie eigentümlichen literalen Paraphasie — dem Verwechseln von Buchstaben — wurde nichts bemerkt.

Das hervorstechendste Symptom war jedoch die Erschwerung der Fähigkeit, die gewollten Worte formgerecht auszudrücken, die Laute zu Silben, Worten und Sätzen zusammenzufügen. Das zeigt sich immer wieder beim Versuche nachzusprechen, beim willkürlichen Sprechen, bei der Bennenung von Gegenständen, beim Prüfen der Schulkenntnisse, der Orientiertheit und Assoziationsfähigkeit.

Immer wieder kann man bei diesen Untersuchungen feststellen, daß das Wortverständnis, daß die Wortklangbilder vorhanden sind. Nur die Wortbildung ist erschwert. Die Kranke stößt die einzelnen Buchstaben, die Silben und Worte heraus. Dabei spricht sie anderseits wieder sehr langsam, dehnt besonders mit Vorliebe die Vokale und zieht das Wort in die Länge, was der Ref. beim

Digitized by Google

Niederschreiben der Untersuchungen durch Striche anzudeuten suchte.

Wie schwer der Pat. die Wortbildung fiel, das konnte man häufig besonders beobachten, wenn sie längere Worte oder Sätze sagen sollte oder einen Wunsch äußern wollte; da war in der Regel die Sprache ein Kauderwelsch, nur selten waren einige Worte zu verstehen. Kurze Worte brachte sie leidlich gut hervor, natürlich auch noch langsam; ganz kurze Worte, wie z. B. Glas, sogar sehr gut.

Es fehlt, wie in den meisten Fällen, auch nicht das Symptom der Agraphie. Das Schreiben fällt ganz besonders schlecht aus, wie oben eingehend gesagt wurde. Es sind selten einmal Worte zu lesen.

Etwas besser steht es noch mit dem Lesen. Die Alexie ist in diesem Falle nicht vollständig. Die Kranke liest sämtliche Buchstaben des Alphabets, mit Mühe auch einzelne Worte.

Auch hier, bei dem schlechten Lesen und mangelhaftem Schreiben, ist, wie aus den Untersuchungen hervorgeht, das Wortverständnis wohlerhalten. Die Pat. kann wohl die Worte in sich erklingen lassen. Dagegen hat die Bildung des Wortes, auch des inneren, Schaden gelitten.

Zusammenfassend möchte ich nochmals kurz wiederholen:

1. Die sensorischen Erscheinungen sind ganz im Schwinden begriffen.

2. Erhalten ist die Fähigkeit, zu konkreten Gegenständen die richtige Bezeichnung zu finden, Aufgaben richtig zu lösen, Fragen ebenso zu beantworten. Erhalten ist natürlich auch die dazu nötige Funktion der Artikulationsmuskulatur.

Erhalten ist ferner der richtige Gebrauch von Gegenständen, die Orientiertheit, die motorische Assoziationsfähigkeit.

3. Gestört dagegen ist die Fähigkeit der Laut- bzw. Wortbildung. Es können die Laute nur schwer zu Silben und Worten vereinigt werden. Auch die Bildung des inneren Wortes ist gestört, wie bei dem schlechten Lesen und noch schlechterem Schreiben beobachtet wurde.

Auf Grund dieses Substrates aus allen Untersuchungen komme ich zu dem Ergebnis, daß es sich in dem Falle W. um eine partielle motorische Aphasie handelt, vergesellschaftet mit ganz geringen, weiter im Schwinden begriffenen sensorischen Erscheinungen und ohne jede Hemiplegie.

Die pathologische Grundlage dieser Aphasie bildet, wie in der Krankengeschichte erwähnt, eine Apoplexie, u. z. eine solche im Bereiche des Versorgungsgebietes der Arteria fossae Sylvii. Die durch diese bedingten geweblichen Veränderungen, besonders hervorgerufen durch die Ernährungsstörungen, konnten die Aphasie

Digitized by Google

erzeugen. Auf Grund der sprachlichen Störungen dürfte der Sitz dieser geweblichen Veränderungen und damit der Herd der Aphasie nach *Broca* in dem hinteren Bezirk der dritten linken Stirnwindung, dem motorischen Sprachzentrum, zu suchen sein. Daß die Apoplexie nicht auf dieses Gebiet beschränkt ist und vor allem war, geht aus den noch ganz geringen sensorischen Erscheinungen hervor. Somit ist auch anzunehmen, daß durch die Apoplexie auch das *Wernicke*sche sensorische Sprachzentrum in der 1. Windung des linken Schläfenlappens getroffen war. Aber der Bereich der Apoplexie scheint noch weitergegangen zu sein. Dafür sprechen die anfänglichen apraktischen Störungen. Die Extremitätenzentren werden, wie *Liepmann* sagt, wohl erhalten gewesen sein, waren aber nur ihrer Verbindung mit der übrigen Großhirnrinde verlustig gegangen.

Ferner dürfte die Apoplexie zusammen mit der Arteriosklerose die Ursache für die starke Blutdrucksteigerung auf 175 Hg. sein.

Aus der Erkrankung des *Broca*schen Sprachzentrum ist die mangelhafte und erschwerte Wortbildung sowohl des äußeren als auch des inneren Wortes beim Schreiben und Lesen zu erklären.

Auffällig ist, wie schon oben erwähnt, das Fehlen jeglicher Hemiplegie, ein nicht sehr häufiger Fall.

Damit war die Prognose des Falles für weitere Besserung nicht schlecht, wenn man ferner bedenkt, daß sich die Erscheinungen dauernd weiter zurückbilden.

Literatur.

1. *Sommer:* Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Band IV, VI, VIII.
2. *Sommer:* Diagnostik der Geisteskrankheiten.
3. *Sommer:* Zur Pathologie der Sprache, Ztschr. f. Psychologie u. Physiologie d. Sinnesorgane Bd. II.
4. *Sommer:* Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden.
5. *Rieger:* Über Apparate in dem Hirn.
6. *Oppenheim:* Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
7. *Lewandowski:* Funktionen des zerebralen Nervensystems.
8. *Kraepelin:* Psychiatrie.
9. *Sachs:* Gehirn und Sprache.
10. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Referate u. Ergebnisse.
11. *Arndt:* Lehrbuch der Psychiatrie.
12. *Mering:* Lehrbuch der inneren Medizin.

Digitized by Google

Über den Begriff der Tatkraft im Sinne der §§ 25 und 28 (Abs. 2) RVG 20.

Können Geisteskrankheiten durch Willenskraft überwunden werden? Hängt die besondere geistige Leistung bei einem Geisteskranken von seiner Tatkraft ab?

Von

Dr. med. et phil. **W. Eliasberg**, Nervenarzt, München.

Es ist eine feststehende Überzeugung, daß durch Krankheiten aller Art die berufliche Leistungsfähigkeit im allgemeinen geschädigt wird, so daß, wer trotz bestehender schwerer Erkrankung Gutes oder Hervorragendes leistet, dies wohl nur in Anwendung besonderer Tatkraft vollbringen könne.

Man denkt bei Tatkraft an eine Leistung des Willens, durch die der äußeren Leistung entgegenstehende Hemmungen beseitigt werden. Der Begriff der Tatkraft setzt von vornherein den Willen mit der Wirkung nach außen, mit der Tat, in Verbindung.

Die Sprache kennt eine ganze Reihe von Ausdrücken für die aus dem Willen hervorgehende Außenwirkung. Wir sprechen von Tat, Handlung, Leistung, Arbeit, Berufstätigkeit.

In allen diesen Wirkungsarten sind 3 Momente beteiligt (vgl. Eliasberg[1]): die Motivation — das Werk — der Wert.

Das Motiv, aus dem die Tätigkeit hervorgeht, ist zumeist kein Vereinzeltes, sondern steht mit einer Dauerhaltung der Persönlichkeit im Zusammenhang. Eben darum sprechen wir von Motivation. Das Werk ist das objektive raumzeitliche Gebilde, das Träger des positiven oder negativen Wertes, Verwirklichung des Wertes, wird.

Bei der Handlung nun liegt der Ton auf der Einmaligkeit und auf dem Ablauf des Geschehens selbst. Das Handeln in diesem Sinne ist es z. B., an das die Tunsfreude, die Funktionslust, die Freude an der Arbeit gebunden sind.

Die Tat betont gleichfalls das aktuelle Moment, mehr aber noch die aktuelle Verwirklichung eines Wertes, und zwar eines positiven oder negativen (Straftat), das durchschnittliche Maß überschreitenden Wertes. In der Leistung wird unter den Werten bereits der wirtschaftliche Wert hervorgehoben, unter Umständen auch der technische Wert.

Digitized by Google

Mit dem Begriff der Arbeit schreiten wir noch weiter in das wirtschaftliche Wertgebiet hinein, zugleich werden die Bezüge zu den objektiven Ordnungen und damit die Motivation komplizierter als bei Handlung und Tat.

Endlich erreichen in der Berufstätigkeit, der dauernd ausgeübten Arbeit, Motivation, Werk und Wert, Verwirklichung ihre ganze Fülle.

In der Berufstätigkeit insbesondere ist deutlich, daß die Wertverwirklichung an die Möglichkeit seelischen Aufwandes gebunden ist: das Ziel, der Wert muß auf Kosten aller anderen festgehalten werden. Interkurrente seelische Regungen müssen zurückgedrängt, umgestellt, eingebaut werden.

Dies gilt, wie wir sagten, für jede beruflich ausgeübte Tätigkeit und zwar für körperliche wie für geistige Leistung.

Bezüglich des psychologischen Begriffs »Tatkraft« muß noch folgendes gesagt werden:

Seelisches läßt sich niemals quantitativ messen[1]) so wie Räumliches. Das geht schon aus der intensiven und nicht extensiven Natur des Seelischen hervor. Man hat versucht ein Maß für die Willenskraft zu gewinnen im sogenannten assoziativen Äquivalent der Willensspannung. Indem man versucht zu messen, welche Assoziationsstärke durch eine entgegengerichtete Vornahme nicht mehr überwunden werden kann. (*Ach.*) Dieses Verfahren begegnet indes gerechtfertigten Bedenken. Es hat sich herausgestellt, daß, worauf hier nicht näher einzugehen ist, auch das assoziative Äquivalent nicht das Maß der Willensstärke abgibt. Das Prinzip dieser Untersuchungen war übrigens dies, das extensive, größenvoraussetzende Messen durch ein Zählen zu ersetzen. In der Tat führen die rein statistischen Methoden schon näher an das Problem heran.

Einer der besten Kenner der neueren Untersuchungen über den Willen, *Lindworsky*[3, 4], vergleicht den Willen mit dem Weichensteller, wobei es dann überhaupt nicht darauf ankommt, mit welcher Kraft der Stellhebel herumgelegt wird, sondern es kommt nur darauf an, daß das richtige Geleise gebahnt sei.

Diese Auffassung begegnet sich mit meinen eben entwickelten Darlegungen über den seelischen Aufwand. Der seelische Aufwand besteht eben darin, daß ein bestimmtes Ziel festgehalten wird, daß die Weichen in einer bestimmten Richtung gestellt werden. Darauf allein und nicht auf die hypo-

[1]) Auch der Versuch, das quantitative Moment in die Psychologie wieder einzuführen, wie er zuletzt noch in der Psychoanalyse mit dem Begriff der psychischen Energie gemacht wurde, erscheint uns bedenklich. Man wird durch solche Begriffe zu gefährlichen Mißverständnissen verleitet. Am ehesten paßt sich der energetischen Auffassungsweise der motorische Anteil des Ausdrucksgeschehens an; darum nimmt man das Motorische für das Seelische, die Geste für den Willen, das Herumfuchteln für die Tat. Aber wer »sägt denn mit den Händen in der Luft herum?« Doch gerade nicht die ruhige Entschlossenheit. So besteht immer die Gefahr, das Seelische zu übersehen, zu mißdeuten oder geradezu in sein Gegenteil zu verkehren.

Digitized by Google

thetische Intensität von Willenserlebnissen kommt es an, und dies reicht auch vollständig aus, um das der unmittelbaren Erfahrung der Tatkraft gegebene Erlebnis zu verstehen. Tatkräftig ist keineswegs, wer besonders intensiv und übrigens darum auch leicht verpuffender Willenserlebnisse fähig ist, wer mit der Faust auf den Tisch schlägt und in dieser übertriebenen motorischen Entladung zugleich auch die Willensspannung selbst entlädt, sondern tatkräftig ist, wer trotz aller Widerstände sein Ziel festhält. In diesem Sinne ist, unbelastet von allen Hypothesen, über das Wesen der Willenskraft M. als tatkräftig zu bezeichnen, um so mehr, als sich ohne Frage der Verwirklichung seines Zieles dauernd Ablenkungen, Hindernisse, Hemmungen, Mißbehagen aller Art entgegenstellten.

Man hat nun für die geistige Leistung den Arbeitscharakter bestreiten wollen. Man hat darauf hingewiesen, daß die allerbedeutendsten Leistungen sogenannten freien Einfällen verdankt werden. Ich gebe einige prägnante Beispiele, die ich in meiner Arbeit[1] zusammengestellt habe, um zunächst den Sinn dieser These vom freien Einfall daran klarzustellen.

Helmholtz sagt (S. 116) (Vorträge und Reden I. Bd. 4. Aufl. S. 15ff.):

»Die günstigen Einfälle schleichen oft still genug in den Gedankenkreis ein, ohne daß man gleich von Anfang ihre Bedeutung erkennt. In verschiedenen Fällen aber treten sie plötzlich ein, ohne Anstrengung, wie eine Inspiration. Soweit meine Erfahrung geht, kamen sie nie dem ermüdenden Gehirn oder am Schreibtisch. Ich mußte immer erst mein Problem nach allen Seiten so viel hin und hergewendet haben, daß ich alle seine Wendungen und Verwicklungen im Kopfe überschaute und sie frei, ohne zu schreiben, durchlaufen konnte. Dann mußte... eine Stunde vollkommener Frische und ruhigen Wohlgefühls eintreten... Besonders gern aber kamen sie bei gemächlichem Steigen über waldige Berge in sonnigem Wetter.«

Lessing (Hamburgische Dramaturgie):

»Ich fühle die lebendige Quelle nicht in mir,... die durch eigene Kraft in so reichem Maße Strahlen aufschießt; ich muß alles durch Druckwerk und Röhren aus mir aufpressen... Wenn ich etwas zustande bringe,... so kostet es mich so viel Zeit, ich muß von anderen Geschäften so frei, von unwillkürlichen Zerstreuungen so ununterbrochen sein, ich muß meine ganze Belesenheit so gegenwärtig haben, ich muß bei jedem Schritt alle Bemerkungen, die ich jemals gemacht, so ruhig durchlaufen können... Meine ersten Gedanken sind gewiß kein Haar besser als jedermanns erste Gedanken..., und das Beste pflegt auch nicht einmal an allen Suppen obenauf zu schwimmen.«

Ein Brief Mozarts (zitiert nach Fr. Brentano, Das Genie, Vortrag 1912):

»Wenn ich recht für mich bin und guter Dinge... nach guter Mahlzeit, beim Spazierengehen und bei der Nacht, wenn ich nicht schlafen kann, da kommen mir die Gedanken stromweise und am besten. Woher und wie, das weiß ich nicht, kann auch nichts dazu... Halte ich das nun fest, so kommt mir bald eines nach dem anderen bei, wozu so ein Brocken zu gebrauchen wäre, um eine Pastete daraus zu machen. Das erhitzt mir nun die Seele, wenn ich nicht gestört werde; da wird es immer größer, und das Ding wird im Kopf wahrlich fast fertig, wenn es auch lang ist, so daß ich es hernach mit einem

Digitized by Google

Blick wie ein schönes Bild oder einen schönen Menschen im Geiste übersehe... Alles Finden und Machen geht in mir wie in einem schön-starken Traum vor... Wenn ich nun hernach einmal zum Schreiben komme, so nehme ich aus dem Sack meines Gehirns, was vorher, wie gesagt, hineingesammelt worden ist. Darum kommt es hernach auch ziemlich schnell aufs Papier; denn es ist, wie gesagt, eigentlich schon fertig und wird auch selten viel anders, als es vorher im Kopf gewesen ist. Darum kann ich mich auch beim Schreiben stören lassen..., ich schreibe und kann doch auch dabei plaudern.«

Vergleiche auch Maupassant über Flauberts Arbeitsweise:

»... Langsam, immer unterbrechend, wieder beginnend, durchstreichend, darüber schreibend, die Ränder anfüllend, Worte quer darüber ziehend, 20 Seiten schreibend, um eine zu vollenden, unter der Anstrengung wimmernd wie ein Brettschneider. Tausend Meinungen bestürmten ihn zu gleicher Zeit, ergriffen ihn, und immer blieb diese entmutigende Gewißheit in seinem Geiste fest; unter allen diesen Eindrücken, allen diesen Formen, allen diesen Wendungen gibt es nur einen Ausdruck, eine Wendung und eine Form auszudrücken, was ich sagen will. Und mit aufgeblähter Wange, mit aufgetriebenem Halse und rotem Gesicht, seine Muskeln streckend wie ein Athlet, kämpft er verzweifelt gegen die Rede und das Wort, er ergriff sie, band sie wider Willen, hielt sie fest auf unauflösliche Art durch die Stärke seines Willens; den Gedanken zusammendrängend, bändigte er ihn allmählich mit übermenschlicher Anstrengung und sperrte ihn wie ein gefangenes Tier in eine feste und genaue Form.«

Diesen Bekenntnissen ist gemeinsam, daß der Leistung eben eine Periode der Konzentration vorausgehen muß. Das mühelose Zuströmen der Einfälle bei Mozart scheint freilich mit dem kritischen Verfahren, das Lessing bei sich selbst mit dem Gebrauch von Krücken vergleicht, oder gar mit jener Pein Flauberts nichts gemeinsam zu haben. Aber gerade in der Ausarbeitung der Einfälle verbindet sich die Leistung des Genies mit der Arbeit des Talentes.

Endlich sei noch darauf hingewiesen, daß der geistige Zusammenhang, aus dem das Werk stammt und in den es hineintaucht, der ihm seine Bedeutung gibt, sicherlich lange und mühsam erarbeitet worden ist. Ich verweise des näheren auf meine zitierte ausführliche Untersuchung[1].

Wir verfügen über einige Untersuchungen, die sich insbesondere auf das Schaffen geisteskranker Künstler beziehen. Ich nenne hierzu die Untersuchung von *Jaspers*[3] über Strindberg und van Gogh unter besonderer Berücksichtigung Hölderlins; ferner über van Gogh eine Spezialuntersuchung von *Walter Riese*[8]. Man hat vermutet, daß van Gogh gleichfalls an Schizophrenie litt; wenngleich diese Diagnose durch die neueren Untersuchungen *Rieses* zweifelhaft geworden ist, so ist doch der psychopathologische Zusammenhang zwischen dem psychotischen Geschehen und der künstlerischen Leistung einigermaßen erhellt worden.

Digitized by Google

Die Beziehungen zwischen Psychose und künstlerischem Schaffen können prinzipiell folgende sein:

1. Das Werk entsteht zeitlich im psychotischen Schub, und der Schub legt etwa allgemein vorhandene Gestaltungstendenzen dadurch frei, daß sonst immer vorhandene normale Hemmungen wegfallen. Diese Theorie, die sich einer gewissen Vorliebe erfreut, ist aber wohl bei genauerem Zusehen sehr zweifelhaft. Sie ist niemals wirklich belegt worden.

2. Das Werk entsteht zwar im Intervall, es werden aber dabei die besonderen Inhalte und Erlebnisse der Psychose gestaltet.

Riese l. c. erinnert hier an ein Wort Dostojewskijs aus seiner im Idiot niedergelegten Selbstbiographie: »Was liegt daran, daß dies Krankheit ist. Was liegt daran, daß dies eine nicht normale Anspannung ist, wenn das Resultat, der Augenblick dieser Empfindung, demjenigen, der nach Wiederkehr des Zustandes der Gesundung sich daran erinnert und es überdenkt, als die höchste Stufe der Vollendung und Harmonie erscheint und ihm ein bisher ungeahntes Gefühl der Fülle, des Ebenmaßes, der Versöhnung und des entzückten gebetartigen Zusammenfließens mit der höchsten Synthese des Lebens verleiht.«

3. Ein besonderer Fall ist der, der im Kunstschaffen Strindbergs verwirklicht zu sein scheint. Hier laufen Psychose und Kunstschaffen in einer eigentümlichen Weise nebeneinander her. Die Psychose liefert das Material, aber der Persönlichkeitsanteil, der gestaltet, ist gegen die Psychose sonst völlig abgekapselt. Die künstlerisch gestaltende Persönlichkeit ist vollkommen klar und besonnen geblieben, sie nimmt das Material, das aus der eigenen Psychose stammt, ganz ebenso, wie ein fremder Beobachter es etwa Aufzeichnungen entnehmen würde. Diese Form sehen wir nicht allzuselten bei der Psychose, bei welcher die Tendenz zur Abspaltung auch zur Namensgebung geführt hat: bei der Schizophrenie.

Dieser Fall scheint bei Strindberg nach allem, was wir wissen, verwirklicht zu sein.

4. Zwischen Psychose und Werk besteht keinerlei innere Beziehung, im Gegenteil, die gestaltende Persönlichkeit kämpft immer wieder gegen die Psychose an. Dies ist die Ansicht *Rieses* über Persönlichkeit und Werk van Goghs, und es ist auch, wie wir hier gleich hervorheben wollen, wohl der häufigste Fall und derjenige, der in unserem folgenden Falle verwirklicht ist.

In folgender Streitfrage kam es auf den Begriff der Tatkraft ganz besonders an.

Ein Mann, bei dem echte Geisteskrankheit (Schizophrenie) im Alter von 18 Jahren schon vor dem Krieg festgestellt worden war (die ausführliche Veröffentlichung des Falles erfolgt in an-

Digitized by Google

derem Zusammenhang), zeichnete sich durch besondere Berufstüchtigkeit im lithographischen Gewerbe aus. Er kam dadurch ins Ausland, wurde bei Kriegsbeginn interniert, ausweislich der Akten in einem Repressalienlager sehr schlecht behandelt. Nach Kriegsende nahm er seine Arbeit als Chemigraph wieder auf, zugleich aber auch schriftstellerische Versuche. Er hatte außergewöhnlichen Erfolg damit, wurde von hervorragenden Schriftstellern und Literarkritikern anerkannt und lebt seither als Schriftsteller.

Im Jahre 1926 stellte er Antrag auf Anerkennung der Dienstbeschädigung. Obwohl eine Schizophrenie schon früher festgestellt worden war, wurde nun doch in Hinblick auf die ungewöhnlich lange Dauer und auf die besonderen Quälereien, denen er in der Gefangenschaft ausgesetzt war, Dienstbeschädigung im Sinne der Verschlimmerung, und zwar auch für die eventuell noch später nachfolgenden Schübe des Leidens anerkannt. Dem Kläger gelang es auch, die einfache Ausgleichszulage zu erstreiten, und zwar, weil er als Chemigraph (§ 28 RVG.) einen Beruf ausgeübt hat, der erhebliche Kenntnisse erfordert.

Nun verlangte er im Hinblick auf seine anerkannten Leistungen als Schriftsteller die erhöhte Ausgleichszulage, weil er den Beruf als Schriftsteller nur unter Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft habe erreichen können.

Dazu äußerte sich der Amtsgutachter folgendermaßen:

Er stellte fest, daß ein Hauptsymptom der Krankheit, an welcher Z. leide, die zeitweise geistige Hemmung bis zur völligen Willenssperrung sei. Die Hemmungen seien durch die geistige Erkrankung bedingt und nicht dem freien Willen des Pat. unterworfen. Auch das jeweilige Befinden des Pat. sei ausschließlich von dem Stand der geistigen Erkrankung abhängig und durch den Willen nicht zu beeinflussen. Es sei somit auch nicht als wahrscheinlich anzusehen, daß der Kläger seinen jetzigen Schriftstellerberuf nur unter Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft erreicht habe. Die Ursache seiner seelischen Entspannung liege nicht in seinem Willen, sondern in einem Nachlassen der ihm besonders unangenehmen Krankheitserscheinungen.

Hierzu habe ich folgendes ausgeführt: So sehr es richtig ist, daß die Hemmung ein Krankheitssymptom ist, so ist doch keineswegs sicher, daß die Willenseinstellung des Pat. zu seiner Krankheit gar keine Rolle spielt. Im Gegenteil wissen wir, daß Momente der Situation und auch der Selbsteinstellung des Pat. bei allen Schizophrenien, namentlich aber in den leichten Fällen eine sehr große Rolle spielen.

Insbesondere aber ist folgendes Moment nicht ausreichend gewürdigt: Wir wissen, daß jeder schizophrene Schub, auch wenn er zurückgeht, Veränderungen, einen »Defekt«, zurückläßt. Wie sich

Digitized by Google

die Persönlichkeit im freien Interwall, d. h. in der Zeit, wo die eigentlichen krankhaften Hemmungen nicht wirksam sind, mit ihrem Defekt auseinandersetzt, darauf kommt es an. Denn Herr Z. ist ja nicht Schriftsteller während der Zeit des schizophrenen Schubes, sondern im Intervall. In dieser Phase nun kommt alles auf die Anspannung an, mit der Herr Z. die zweifellos auch im Intervall bestehenden Defektsymptome bekämpft und überwindet. Daß er es mit Erfolg tut, beweisen seine Leistungen. Daß es aber auch einer außergewöhnlichen Tatkraft bedarf, ist aus der allgemeinen Erfahrung über den Defekt auch in der Remissionsphase mit der größten Wahrscheinlichkeit zu schließen.

Der Kläger täuscht sich also keineswegs, wenn er meint, daß seinem Willen und seiner Einstellung bei seinen schriftstellerischen Leistungen eine besondere Rolle zukommt.

Ich habe demgemäß die Frage, ob Z. nur unter Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft seinen hochstehenden Beruf habe erreichen können, bejaht. Wie man sieht, sind auch diese beiden Fragen im Titel dieser Arbeit unter den Umständen dieses Falles durchaus zu bejahen.

In diesem Sinne ist, unbelastet von allen Hypothesen über das Wesen der Willenskraft, Z. als tatkräftig zu bezeichnen, um so mehr, als sich ohne Frage der Verwirklichung seines Zieles dauernd Ablenkungen, Hindernisse, Hemmungen, Mißbehagen aller Art entgegenstellen.

Das Problem, das wir bisher nur für die Schizophrenie behandelt haben, ist bei allen Psychosen von Wichtigkeit. Ich nenne hier insbesondere die Paralyse, das manisch-depressive Irresein, den schweren erworbenen Schwachsinn. Für die Paralyse ist die Frage bisher nur angeschnitten worden unter dem Gesichtspunkt, das höhere geistige Schaffen zu verstehen. Hierher gehören die Fälle Lenau, Nietzsche, Maupassant. (*Kurt Schneider*[9].)

Neuerdings, seit es möglich geworden ist, die Paralyse durch Malariabehandlung zu bessern, gewinnt das Problem der Beeinflussung der Leistung durch den eigenen Willen auch bei ihr größere Bedeutung. (Vgl. hierzu *Mauz*[6].)

Im Grunde gehört die Untersuchung in den Rahmen dessen, was *Birnbaum* mit einem, allerdings nicht sehr glücklichen Namen als »Kulturpsychopathologie« bezeichnet hat[1]). Jede, auch die einfachste Arbeit ist ja Kulturleistung, und so fällt also jede wirkliche Arbeitsleistung eines Geisteskranken in den Bereich einer Wissenschaft, welche bestimmte Lebensäußerungen der Geisteskranken unter dem Gesichtspunkt ihrer Kulturbedeutung betrachtet. Irgendwelche Hinweise finden sich aber bei *B.* für unsere Frage nicht, er hat dieses Problem offenbar nicht bemerkt.

Wohl aber sehen wir nun, daß wir es eigentlich mit »guten

1) *Birnbaum:* Grundzüge der Kulturpsychopathologie. Mchn. 1924.

Digitized by Google

Bekannten« zu tun haben. Seit die Geisteskranken in den Anstalten arbeiten, insbesondere aber seit systematisch auf Arbeitsleistung der Geisteskranken in der Anstalt hingearbeitet wird, haben wir eine Praxis der Willensbeeinflussung des Geisteskranken ausgebildet und neuerdings auch eine Theorie. Ich nenne den Namen *Simon*[10]. Die Arbeitstherapie, von der seit *Simons* energischen Bestrebungen so viel die Rede ist, läuft ja auf nichts anderes hinaus, als den Geisteskranken zu veranlassen, daß er sich freiwillig dazu bestimme, zu arbeiten, daß er die entgegenstehenden Symptome durch seine Tatkraft überwinde. Immerhin ist es gut, daran zu erinnern, daß *Neißer*[7] die Arbeit des Geisteskranken nur mit gewissen Einschränkungen durchzuführen rät. Der Geisteskranke kann eben doch nicht für das, was er tut, verantwortlich gemacht werden. Dies fehlt, wie wir sehen, auch seiner Leistung. Sie ist nie voll verantwortlich; es fehlt ihr darum auch die Würde vollverantwortlichen Tuns[2]).

Für den schweren erworbenen Schwachsinn habe ich selbst l. c. dargetan, daß er schon unterhalb der Grenze steht: physische Leistungsfähigkeit ist zwar vorhanden, der Schwachsinnige könnte arbeiten, ungefähr so, wie das Tier im Geschirr, aber es fehlt das Mindestmaß an Selbstbestimmung, an Tatbereitschaft, an Tatkraft, ohne welches die menschliche Arbeit nicht mehr stattfindet. Wir sehen hieraus zugleich, an welche Motivationsvoraussetzungen der Begriff der Tatkraft gebunden ist.

Wir kommen also zu folgendem Schluß: Ein Geisteskranker kann durch seine Tatkraft viele Symptome seiner Geisteskrankheit überwinden, insbesondere aber Restsymptome, Defekte. Die geistige Leistungsfähigkeit eines jetzt oder früher Geisteskranken wird aufs entscheidendste von seiner Tatkraft beeinflußt.

Was die Bewertung der Tatkraft in *Versicherungsfällen* angeht, so sprach in dem von mir angeführten Falle das Moment der Tatkraft zugunsten des Kranken, indem er für die Aufwendung von Tatkraft nicht nur nicht durch Rentenkürzung bestraft, sondern durch die erhöhte Ausgleichszulage entschädigt wurde. Dagegen wird es in der Privatversicherung Fälle geben, wo das Erhaltenbleiben von Leistungsfähigkeit infolge ungewöhnlicher Tatkraft zunächst dazu führen wird, die Erwerbsminderung durch Geisteskrankheit geringer anzusetzen und so den Kranken in seinen Bezügen zu kürzen. In der Privatversicherung müssen unter gerechter Berücksichtigung aller beteiligten Interessen die

---

[2]) *Bonhomme, J.:* Les déséquilibrés insociables a internements discontinus et la section des aliénés difficiles à l'asile de Villejuif, Paris 1911: »Il ne faut pas comparer ce travail facile, facultatif en quelque sorte, avec l'obligation qu'impose la vie au dehors«.

Digitized by Google

Gesichtspunkte an Hand solcher Erfahrungen wie der obigen noch ausgearbeitet werden.

Schlußsätze:

1. Unter Tatkraft ist die dauernde, besonders in der Berufstätigkeit hervortretende und für sie benötigte Willenshaltung zu verstehen, aus der heraus sinnvoll gearbeitet wird. Die Tatkraft ist nicht an dem äußeren Gehaben, an den Gesten zu erkennen, sondern eben daran, daß das Verhalten sinnvoll, dauernd der Tätigkeit zugewandt bleibt, ohne sich durch die zahllosen interkurrenten seelischen Regungen abdrängen zu lassen.

2. Auch die geistige Leistung bedarf der Tatkraft, denn so sehr sie auch auf dem »freien« Einfall beruht, so ist sie doch nicht ohne lange erarbeitete Zusammenhänge möglich.

3. Der Geisteskranke ist eines tatkräftigen Verhaltens fähig, und zwar sowohl in bezug auf die Symptome seiner Geisteskrankheit als auch in bezug auf seine Leistungsfähigkeit. In letzterem Betracht kann die Tatkraft insbesondere der Überwindung mannigfacher, allgemein nervöser Symptome gelten.

4. In der Sozialversicherung wird der Gesichtspunkt außergewöhnlicher Tatkraft auf Grund der §§ 25 und 28 (RVG. 20) zugunsten des Beschädigten ausgelegt. In der Privatversicherung ist die Minderung der Leistungsfähigkeit und damit der Erwerbsminderung unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse jedes einzelnen Falles billig zu bemessen.

Literaturübersicht.

1. *Eliasberg, W.:* Arbeit und Psychologie. Arch. f. Soz.-Wiss. Bd. 50, H. 1. 1922.
2. Derselbe: Richtungen und Entwicklungen der Arbeitswissenschaft. Arch. f. Soz.-Wiss. Bd. 56, H. 3.
3. *Jaspers:* Strindberg und van Gogh. Berlin 1922.
4. *Lindworsky, I., S. J.:* Willensschule. Handbücherei der Erziehungswiss. Bd. 3, 1922.
5. Derselbe: Der Wille, seine Erscheinung und seine Beherrschung. II. Aufl. Lpz. Joh. Ambr. Barth. 1923.
6. *Mauz:* Bericht über die 55. Wandervers. südwestdeutscher Neurologen und Psychiater. Zentralbl. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Bd. 55, S. 157.
7. *Neißer, C.:* Simons Kampf gegen die Nichtverantwortlichkeit der Geisteskranken. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 93, Bln./Lpz. 1930.
8. *Riese, W.:* Persönlichkeitsentwicklung und künstlerische Gestaltung. Gedanken und Betrachtungen nach einer van-Gogh-Ausstellung. Ztschr. f. Psychologie und Medizin H. 3.
8a. *Riese:* Vincent van Gogh in der Krankheit. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft 125. München 1926.
9. *Schneider, Kurt:* Der Dichter und der Psychopathologe. (Enthält einschlägige Literatur bis 1922, ziemlich vollständig.) Köln 1922.
10. *Simon:* Psychotherapie in der Irrenanstalt. Bericht über den 2. Kongreß f. Psychotherapie. Lpz. 1927.

Digitized by Google

(Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik und Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg [Direktor: Prof. Dr. med. et phil. *Wilhelm Weygandt*].)

Experimentell-psychologische Untersuchungen der Schreibgeschwindigkeit bei Geisteskranken.

Von

Gerhardt Giehm.

Das Schreiben stellt einen eminent komplizierten Vorgang dar. Ehe eine Schreibbewegung zustande kommt muß eine ganze Reihe psychischer und physiologischer Mechanismen in Aktion treten. Neben der Fähigkeit einen Bewegungsentwurf zu realisieren muß der gesamte »psychische Reflexbogen« intakt sein. Dieser psychische Reflexbogen stellt eine ununterbrochene Kette von seelischen Vorgängen dar, an dessen Anfang die Wahrnehmung steht und die schließlich in motorische Phänomene ausläuft. Zwischen den beiden Endgliedern dieser Kette, — Wahrnehmung und motorischen Erscheinungen liegen zunächst als erste Verarbeitung der Wahrnehmung — die Auffassung, dann die Orientierung, das Gedächtnis, die Merkfähigkeit, das Reproduktionsvermögen und schließlich der Vorstellungsablauf mit dem Assoziationsmechanismus. Zu den motorischen Erscheinungen gehört nun auch das Schreibvermögen, welches einem Willensimpuls seine Realisierung verdankt. Dem Willensakt sind nämlich besondere außerbewußte Mechanismen zugeordnet, welche diesem Willensakt erst die Wirkungsfähigkeit verleihen.

Wir können nun die Bewegungsabläufe eines Kranken von zwei Seiten her untersuchen. Entweder wir versuchen den Bewegungsmechanismus selbst in seinen Störungen, die unabhängig von jeder seelischen Abwegigkeit bestehen können kennen zu lernen. Das tut die Neurologie. Sie hat eine Reihe von Störungen der nervösen Mechanismen beschrieben, welche, übereinander gelagert, den kompliziertesten seelischen Vorgängen immer mehr in die Nähe rücken. Es sei u. a. an die Entdeckung der motorischen Apraxie erinnert.

Oder wir versuchen in die Willenstätigkeit der Seelenkranken einen Einblick zu bekommen, deren normale Folge in den unge-

Digitized by Google

wöhnlichen Bewegungen in Erscheinung tritt. Bei dieser Betrachtungsweise werden für uns die Bewegungen zu eigentlichen — »Handlungen«, die wir zu verstehen vermögen. In diesen »Handlungen« würde sich die Beschaffenheit der Willensimpulse offenbaren und wir wären somit in der Lage Art und Nachhaltigkeit dieser »gewollten Bewegungsabläufe« experimentell-psychologisch zu untersuchen. Diese Aufgabe haben wir uns in der vorliegenden Arbeit zu eigen gemacht. Wir untersuchten die Schreibgeschwindigkeit bei Geisteskranken in der Absicht meßbare Größen für die Beurteilung der Willenstätigkeit dieser Kranken zu gewinnen. Anders ausgedrückt: wir versuchten die Nachhaltigkeit der Willensimpulse bei unseren Vp quantitativ zu fassen, in vergleichbaren Zahlenwerten zur Darstellung zu bringen. Unsere Untersuchungen bezweckten somit letzten Endes dies: eine »Messung« der Willenstätigkeit bei Geisteskranken durchzuführen. Um diese Aufgabe zu lösen untersuchten wir die Schreibgeschwindigkeit und zwar aus dem Grunde, weil die Versuchsanordnung einfach und die Versuche selbst leicht durchzuführen sind. Da nämlich die Willenstätigkeit in allen motorischen Abläufen zum Ausdruck kommt, so können wir naturgemäß auch aus dem Tempo der Schreibbewegung einen Rückschluß auf die »Energie« der sie erzeugenden Willensimpulse ziehen.

Um somit einen Einblick in die Willenstätigkeit bei Geisteskranken zu bekommen forderten wir unsere Versuchspersonen auf, — so oft und so gut wie möglich den Satz, — »Die Not bricht Eisen« abzuschreiben. Nach 60 Sekunden wurde der Versuch abgebrochen, die Zahl der von den Vp geschriebenen Buchstaben festgestellt und protokolliert.

Auf diese Weise wurden von uns 51 Kranke untersucht. Die Tageszeit, in der die Unternehmungen durchgeführt wurden, war stets dieselbe: 18—19 Uhr.

Wir teilen nun im Folgenden, die von uns aufgenommenen Protokolle mit.

Krankheitsform und Vp.	Zahl der geschriebenen Buchstaben.
Progressive Paralyse:	
J. Meyer	33
B. Bolten	14
A. Hein	24
H. Schröder	60
F. Bachmann	38
M. Lipper	44

Digitized by Google

Krankheitsform und Vp.	Zahl der geschriebenen Buchstaben.
Senile Demenz:	
E. Ahrens	32
L. Bastian	43
D. Rieckmann	17
Arteriosclerotisches Irresein:	
H. Althoff	21
J. Schulz	61
E. Funke	29
Präseniles Irresein:	
C. Erler	47
E. Furth	48
M. Witt	75
I. Böhme	34
M. Schmidt	34
Epilepsie:	
J. Dürkopp	23
A. Rodemann	41
M. Encke	8
M. Vierck	9
Manisch-depressives Irrsein:	
Manie:	
I. Wolter	50
K. Eberhardt	56
M. Günther	61
Depression:	
Anna B.	22
M. Koch	20
M. Schmidt	12
F. Thiele	19
Schizophrenie:	
J. Behrens	50
M. Enoch	51
C. Glück	49
M. Fertsch	43
M. Hagen	60

Digitized by Google

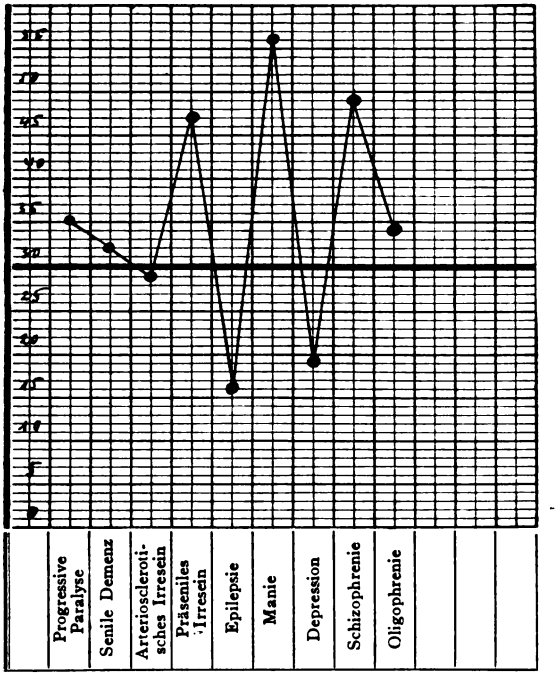
Krankheitsform und Vp.	Zahl der geschriebenen Buchstaben.
A. Hensel	33
D. Riege	53
Friederike T.	67
E. Schmidt	70
H. Lorenzen	36
C. Hübner	46
M. Kusch	53
A. Rösch	25
B. Leu	25
B. Nelsen	38
M. Texter	55
F. Saß	30
Oligophrenie-	
B. Dehmlow	23
A. Gärtner	57
Helene W.	17
H. Hannig	51
Dora B.	33
Erna Schw.	35

Wenn wir nun den Zentralwert (Zw.) der von der Vp geschriebenen Buchstaben innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen für sich berechnen, so kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

Krankheitsform	Zentralwert
Progressive Paralyse	35
Senile Demenz	32
Arteriosclerotisches Irresein	29
Präseniles Irresein	47
Epilepsie	16
Manisch-depressives Irresein	
Manie:	56
Depression:	19
Schizophrenie	49
Oligophrenie	34

Die ermittelten Zahlenwerte können wir graphisch folgendermaßen zur Darstellung bringen:

Digitized by Google



Aus dieser Kurve entnehmen wir, daß im Vergleich zu anderen Kranken, die motorischen Entäußerungen am stärksten bei den Epileptikern behindert waren. In 60 Sekunden vermochte ein Epileptiker z. B. nur 16 Buchstaben zu schreiben. Hierauf folgten die Depressiven, deren Willenstätigkeit infolge innerseelischer Hemmungen behindert erscheint, ein Vorgang, der in dem herabgesetztem Tempo der Bewegungsabläufe zum Ausdruck kam. Während aber beim Epileptiker die verlangsamte Motorik mehr »organische« Ursachen hat, handelt es sich beim Depressiven um eine intrapsychische Behinderung der Willensentäußerung.

Dann kamen erst in weitem Abstande die Arteriosclerotiker, Senilen und Oligophrenen. Die bei diesen Kranken ermittelten Zahlenwerte zeigen ganz geringe Schwankungen, (29—35), ein Umstand, der darauf hinweist, daß sie in eine Krankheitsgruppe gehören, nämlich in die des »organischen Syndroms«. Die höchsten Zahlenwerte fanden sich bei den Manischen. Die gewaltige Steigerung der Bewegungsabläufe kommt so recht anschaulich bei einem Vergleich mit den motorischen Erscheinungen des Epileptikers zum Ausdruck. Die Zahlenwerte schwanken zwischen 16—56. Während nämlich ein Epileptiker in 60 Sekunden nur

Digitized by Google

16 Buchstaben hinzuschreiben vermag bringt es ein Manischer in der gleichen Zeit auf — 56.

Bemerkenswert erscheint uns auch die Feststellung, daß die Präsenilen erheblich höhere Zahlenwerte aufwiesen als wir beim »organischen Syndrom« nachweisen konnten, ein Zeichen, daß diese Krankheit wahrscheinlich nicht zum organischen Syndrom gehört und das beim sog. Präsenilen Irresein die Affektstörungen mehr im Vordergrunde stehn.

Die Schreibgeschwindigkeit der Schizophrenen war bei den von uns untersuchten Fällen verhältnismäßig hoch. Diese Zahlen sind aber nur mit größter Vorsicht zu verwerten. Die Schizophrenie ist ein derart komplexes Gebilde, daß es zweckmäßig wäre, einzelne Schizophrenieformen für sich zu untersuchen. Vielleicht würde die Messung der Bewegungsabläufe auf solche Weise sicherere Resultate ergeben.

Digitized by Google

[Aus der psychiatrischen Klinik des staatlichen medizinischen Instituts Astrachan (Direktor: Professor Dr. *N. Skliar*).]

Über den Einfluß von Infektionskrankheiten und der Fiebertherapie auf den Verlauf von Psychosen.

Von

Professor Dr. **N. Skliar** und Dr. **N. Storozenko.**

Schon seit jeher fiel den Psychiatern der günstige Einfluß von verschiedenen Infektionskrankheiten auf den Verlauf von Psychosen auf. Wir übergehen die Geschichte dieser Frage, da sie bei *Wagner v. Jauregg, Gerstmann, Drecker* und anderen ausführlich besprochen wird.

Die letzten 7 Jahre hatte ich in Astrachan, einer Malariagegend, mehrmals die Gelegenheit, den günstigen Einfluß der Malaria auf die Psychosen, hauptsächlich das manisch-depressive Irresein, dessen Anfälle sie direkt koupierte, zu beobachten. Ich lenkte später die Aufmerksamkeit auf Fälle von Psychosen, die auch durch andere Infektionskrankheiten gebessert wurden. — Alle diese Fälle der Astrachaner psychiatrischen Klinik für die letzten 7 Jahrre wurden von mir zusammen mit Dr. *Storozenko* zusammengestellt, zu denen noch Fälle von künstlicher Fiebererzeugung durch Einspritzungen von Schwefel, Terpentinöl, Impfung von Malaria, die wir die letzten 3 Jahre anwenden, hinzugefügt wurden.

Wir haben 103 solche Fälle (60 Männer und 43 Frauen), davon — 6 Fälle akuter Psychosen, 42 Fälle manisch-depressiven Irreseins, 22 Fälle von Dem. praecox, 33 Fälle progressiver Paralyse, 1 Fall von Luës cerebri und 1 Fall von Epilepsie, bei dem während des Abdominaltyphus ein Status epilepticus aufgetreten ist.

Es haben eingewirkt in 23 Fällen eine natürliche Malaria, in 5 Fällen eine Impfmalaria, in 1 Fall Malaria und Schwefeleinspritzungen, in 1 Fall Malaria, Pneumonie, Erysipel, Furunkulosis und Tuberkulose, in 1 Fall Malaria und Pneumonie, in 1 Fall Malaria, Pneumonie und Typhusvakzine, in 1 Fall Malaria und Tuberkulose, in 1 Fall Impfmalaria, Schwefel und Terpentinöl, in 1 Fall Impfmalaria und Recurrens, in 23 Fällen Schwefeltherapie, in 1 Fall Schwefel und Terpentinöl, in 1 Fall Schwefel und ein Abszeß, in 1 Fall Schwefel und Gelenkrheumatismus, in 10 Fällen Terpentinöl, in Fall Terpentinöl und Tuberkulose, in 2

Digitized by Google

Fällen Terpentinöl und Pneumonie, in 1 Fall Terpentinöl, Pneumonie und Tuberkulose, in 1 Falle Terpentinöl und Typhusvakzine, in 8 Fällen Tuberkulose, in 1 Fall Erysipel, in 2 Fällen Flecktyphus, in 3 Fällen Pneumonie, in 1 Falle Pneumonie und Parotitis, in 1 Falle Pneumonie, Otitis media und Masern, in 1 Fall Typhus abdominalis, in 1 Falle Grippe, in 2 Fällen Parotitis, in 1 Falle eine Phlegmone, in 1 Fall Milchinjektionen, in 1 Falle eine Mastitis, in 1 Falle Typhusvakzine, in 1 Falle ein Abszeß, in 1 Falle eine vereiterte Wunde, in 1 Falle ein Ulcus nekroticum, in 1 Falle eine unbekannte Infektion, in 1 Falle eine Verbrennung zweiten Grades.

Dem Alter nach verteilen sich die Kranken folgendermaßen:

von 10 bis zu 15 Jahren	1 Fall
von 16 bis 25 Jahren	25 Fälle
von 26 bis 30 Jahren	21 Fälle
von 31 bis 40 Jahren	33 Fälle
von 41 bis 50 Jahren	21 Fälle
von 51 bis 60 Jahren	3 Fälle
von 61 Jahren und älter	1 Fall.

Wir beginnen mit den akuten Psychosen (6 Fälle).

Von diesen haben wir in 2 Fällen hysterische, in 2 Fällen Infektionspsychosen (1 Fall nach einer Lungenentzündung, 1 Fall nach einer Encephalitis lethargica) und in 2 Fällen eine Amentia psychogener Natur. Sie alle kamen nach einer längeren Temperaturerhöhung bald zur Heilung (in 3 Fällen wirkten Malariaanfälle, in 1 Falle Einspritzungen von Terpentinöl, in 1 Falle 7 Einspritzungen von Schwefel, in 1 Falle 10 Einspritzungen von Typhusvakzine ein). Die fieberhaften Einwirkungen haben also bei den akuten Psychosen ein sehr gutes Resultat ergeben (in 100% der Fälle Heilungen).

In der Literatur wird wenig über die günstige Wirkung des Fiebers auf akute Psychosen gesprochen, doch findet man Erwähnungen, wenn auch flüchtiger Natur, die unsere Ansicht bestätigen. So behauptet *Wagner v. Jauregg* in seiner Arbeit »Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen«, daß Heilungen bei akuten Formen vorherrschen. Bei *Wahlmann* sehen wir, daß von seinen 5 geheilten Fällen 2 zu akuten Psychosen gehörten (Amentia und eine akute postinfektiöse Psychose). Von den älteren Autoren wird bei *Nasse* beim manisch-depressiven Irresein (von 4 Melancholiefällen 3 und von 4 Maniefällen 3) und in Fällen sogen. Wahnsinns meistens mit Halluzinationen (einige Fälle werden wohl den akuten Psychosen angehören) ein günstiger Einfluß verzeichnet (von 25 Fällen 8), während von den 26 Fällen von »Verwirrtheit und sekundärem Blödsinn« (wahrscheinlich Dem. praecox) nur 1 Fall zur Heilung kam.

Digitized by Google

Manisch-depressives Irresein (42 Fälle).

Davon sind melancholische Zustände 13 Fälle (darunter 4 Fälle einer Involutionsmelancholie), manische Zustände 24 Fälle, Mischzustände 3 Fälle und zirkuläre Form 2 Fälle.

Tabelle I.

Einfluß der verschiedenen Einwirkungen auf das man.-depressive Irresein.

Art der Einwirkung	Periodische Formen				Protrahierte Formen				Insgesamt			
	Zahl der Fälle	Besserungen	Unverändert	% der Besserungen	Zahl der Fälle	Besserungen	Unverändert	% der Besserungen	Zahl der Fälle	Besserungen	Unverändert	% der Besserungen
Malaria	9	9		100					9	9		100
Ol. Terebinth.	5	2	3	40	4		4	0	9	2	7	22,2
Schwefel	2	2		100	1		1	0	3	2	1	66,6
Pneumonie	1	1		100					1	1		100
Mastitis	1	1		100					1	1		100
Tuberkulose	1	1		100					1	1		100
Grippe					1	1		100	1	1		100
Flecktyphus	2	2		100					2	2		100
Ulcus necroticum					1		1	0	1		1	0
Verbrennung 2. Grades					1	1		100	1	1		100
Abszeß	1	1		100					1	1		100
Parotitis	1		1	0					1		1	0
Ol. Terebinth. und Pneumonie	1	1		100					1	1		100
Ol. Tereb., Pneumon. und TBC.					1		1	0	1		1	0
Ol. Tereb. und Typhus abdomin.					1		1	0	1		1	0
Malaria und Pneumonie	1	1		100					1	1		100
Malar., Pneum. und Typhusvakzine	1	1		100					1	1		100
Malaria und Tuberkulos					1		1	0	1		1	0
Malar., Pneum., Erysipel., Furunkulose und Tuberkulose					1		1	0	1		1	0
Gelenkrheumatismus u. Schwefel					1		1	0	1		1	0
Otitis media, Masern u. Pneumonie	1	1		100					1	1		100
Vereiterte Wunde					1		1	0	1		1	0
Schwefel und Abszeß	1	1		100					1	1		100
Insgesamt	28	24	4	85,7	14	2	12	14,3	42	26	16	62

Digitized by Google

Wir haben hier nach Fiebereinwirkungen (durch Infektionskrankheiten und pyrogenetische Mittel, wie Ol. Terebinth-, Schwefel-, Milchinjektionen) in 26 Fällen (von 42), d. h. in 62% ein günstiges Resultat, meistens Heilungen; in einigen Fällen wurden die Patienten aus der Klinik in gebessertem Zustande entlassen, wurden aber laut Angaben der Verwandten und der Kranken selber, die bei einem späteren Anfall wieder in die Klinik eintraten, später zu Hause ganz gesund. Die Besserung dauerte solange an, bis ein neuer Anfall auftrat: in 1 Falle 14 Tage, in 2 Fällen 1 Monat, in 1 Falle $1^1/_2$ Monate, in 3 Fällen 2 Monate, in 1 Falle 4 Monate, in 1 Falle 5 Monate, in 1 Falle 7 Monate, in 2 Fällen 1 Jahr, in 2 Fällen 2 Jahre, in 4 Fällen 3 Jahre, in 3 Fällen 4 Jahre, in 1 Falle $4^1/_2$ Jahre, in 3 Fällen 5 Jahre, in 1 Falle 6 Jahre, in 1 Falle 7 Jahre; in 1 Falle trat die Besserung eine Woche vor dem Tode auf, der an einer Verbrennung erfolgte. — Unverändert blieben 16 Fälle, von denen in 2 Fällen der Tod an den Folgen der körperlichen Krankheiten (Parotitis und Ulcus necroticum) erfolgte.

Den Untergruppen nach haben wir von 13 Fällen der melancholischen Zustände in 11 Fällen einen günstigen Ausgang (84,6%); 2 Fälle blieben unbeeinflußt. — Unter allen diesen Fällen finden sich 4 Fälle einer Involutionsmelancholie, zu denen die 2 unverändert gebliebenen Fälle gehören; in den übrigen 2 Fällen besserte sich der Zustand, wobei in 1 Falle bei einer Pat. $1^1/_2$ Jahre nach der Erkrankung rasch eine Besserung nach einer Verbrennung (2. Grades), die eine starke Temperaturerhöhung zur Folge hatte, eintrat; die Patientin starb aber an den Folgen der Verbrennung nach 7 Tagen, und es bleibt ungewiß, welchen Verlauf die Psychose angenommen hätte, wenn die Patientin am Leben geblieben wäre.— Das Gleiche wird in einem anderen Falle bei einer 45jährigen Patientin beobachtet, bei der eine schwere Depression, verbunden mit einer starken Erregung, die 2 Monate lang dauerte, nach einer Pneumonie bedeutend gebessert wurde, die aber nach $1^1/_2$ Wochen an Erschöpfung starb.

Bei den manischen Zuständen (24 Fälle) haben wir nach der Fiebereinwirkung in 14 Fällen ein günstiges Resultat (58,3%). Unverändert blieben 10 Fälle.

Zirkulärer Form haben wir 2 Fälle. Davon hatte in 1 Falle eine Infektion von einer Bißwunde mit einer 7tägigen starken Temperaturerhöhung auf den psychischen Zustand keinen Einfluß; in einem anderen Falle ging nach einer schweren Grippe der manische Zustand in einen melancholischen über.

Mischzustände haben wir 3 Fälle, die alle ein ungünstiges Resultat gaben. Davon hatten 2 Fälle einen protrahierten Verlauf (eine Pat. war 3 Jahre lang krank, die andere 4 Jahre); in

Digitized by Google

einem 3. Fall haben wir eine alte, 67jährige marastische Patientin, die während der letzten 15 Jahre periodisch an manischen Zuständen litt und bei der während des letzten Anfalls, der 3 Monate lang dauerte, eine Parotitis mit hoher Temperatur (37,8° bis 38,9°) von $2^1/_2$ wöchentlicher Dauer keinen bessernden Einfluß auf den psychischen Prozeß hatte und die Patientin nach kurzer Zeit zu Tode führte.

Wenn wir also die Fälle der Mischzustände und der zirkulären Form, deren wir in unserem Material nur wenige haben, bei Seite lassen, so geben die melancholischen Zustände unter dem Einfluß des Fiebers ein besseres Resultat, als die manischen Zustände (84,6% - 58,3%).

Wenn wir aber die Fälle nicht nach der Färbung, sondern nach dem Verlauf der Psychose: in periodisch verlaufende und protrahierte, chronische Formen, die vom Anfang an oder meistens nach einigen Anfällen einen solchen Verlauf angenommen haben (hierher gehören auch die zirkulären Formen, die eigentlich auch den Charakter der Unheilbarkeit tragen), einteilen, so haben wir von 42 Fällen des manisch-depressiven Irreseins 28 periodisch verlaufende, akute und 14 protrahierte Fälle[1]). Von den 28 periodisch verlaufenden Fällen gaben 24 (davon 10 melancholische und 14 manische) ein günstiges (85,7%) und 4 Fälle (3 manische und 1 Mischzustand) ein ungünstiges Resultat. Unter den protrahierten Fällen aber (14) wird die entgegengesetzte Erscheinung beobachtet: 12 Fälle (7 manische, 2 melancholische, 1 zirkulärer)[2]) gaben ein ungünstiges und nur in 2 Fällen (14,3%) ergab sich ein günstiges Resultat.

Die ungünstigen Resultate in unseren Fällen der Mischzustände und der Involutionsmelancholie hängen ebenfalls damit zusammen, daß sie einen protrahierten Charakter tragen. — Die weniger günstigen Resultate bei den manischen, als bei den melancholischen Fällen lassen sich auch dadurch erklären, daß bei den ersteren mehr protrahierte Fälle vorhanden sind (7 protrahierte Fälle auf 24, d. h. 29,2%), als bei den letzteren (2 Fälle auf 13, d. h. 15,4%), siehe umstehend Tabelle II.

Wir gehen zu den Wirkungen der verschiedenen pyrogenetischen Mittel resp. verschiedenen Infektionskrankheiten im Einzelnen über:

---

[1]) Wir halten diese Einteilung (nach dem Verlauf), besonders für die Zwecke unserer Arbeit für zweckmäßiger, als diejenige nach der Färbung, da gleiche Zustände einen verschiedenen Verlauf haben und bei dem gleichen Kranken verschiedene Zustände wechseln können.

[2]) Im anderen zirkulären Fall ging nach der Fiebereinwirkung der manische Zustand nach einer kurzdauernden Besserung in einen melancholischen über.

Digitized by Google

Tabelle II.

Man.-depressives Irresein.

Verhältnis der Formen nach der Färbung zu den Formen nach dem Verlauf.

Formen nach der Färbung	Periodische Formen				Protrahierte Formen			
	Gebessert	%	Unverändert	Insgesamt	Gebessert	%	Unverändert	Insgesamt
Melancholische	10	100		10	1	33,3	2	3
Manische	14	82,4	3	17			7	7
Mischzustände			1	1			2	2
Zirkuläre					1[1])	50	1	2
Insgesamt	24	85,7	4	28	2	14,3	12	14

[1]) Der manische Zustand ging hier nach sehr kurzer Besserung in einen melancholischen über.

Die allerbesten Resultate gab die Malaria, deren wir die meisten Fälle haben (14): Heilungen resp. Besserungen traten in 12 Fällen, d. h. in 85,7% auf. — Wie sind diese so guten Resultate der Malaria zu erklären? Hängen sie von der Temperatur, deren Höhe und Dauer, die von derselben hervorgerufen wird, ab? — In 1 Fall war wirklich eine tropische Malaria mit sehr hoher Temperatur, in den anderen Fällen waren keine malignen Formen. Die Anfälle waren entweder tägliche während einiger Stunden oder traten jeden 2. oder 3. Tag auf; die Krankheit dauerte von einigen Tagen bis zu 2 oder $2^1/_2$ Wochen. Die Temperatursteigerung ging während des Anfalls bis zu 39^0 und 40^0. — Hinsichtlich der Dauer der Temperaturerhöhung hätte die Malaria vielleicht einen Vorzug, und keinen großen, nur vor dem Terpentinöl, aber nicht vor den Schwefelinjektionen, vor der Pneumonie und anderen Infektionskrankheiten, die dennoch schlechtere Resultate ergaben, als die Malaria. — Sollte die Hauptwirkung bei der Malaria auf die lebenden Erreger (Plasmodien) gelegt werden, so hätte sie in dieser Hinsicht einen Vorzug vor dem Schwefel und Terpentinöl, aber es bliebe unverständlich, warum bei der Pneumonie, wo lebende Erreger doch auch eine Rolle spielen, sich schlechtere Resultate zeigten? — Sollten die Krankheitsformen (nach der Färbung) die Ursache sein? Unter den Fällen, wo die Malaria eingewirkt hat, haben wir 8 manische, 5 melancholiche und 1 Mischzustand, d. h. mehr manische als melancholische Fälle; wir sahen aber, daß die manischen Zustände keine besseren Resultate geben, als die melancholischen; jedenfalls könnte das geringe Über-

Digitized by Google

gewicht der manischen Fälle vor den melancholischen die außerordentlich hohen Prozentzahlen von Besserungen bei der Malaria nicht erklären. — Nimmt man aber die Krankheitsformen nach dem Verlauf, so verliefen sämtliche 12 Malariafälle, wo ein gutes Resultat sich ergab, periodisch, in der Art von manischen oder melancholischen Anfällen (in 1 Falle 5 Anfälle, in 1 Falle 4 Anfälle, in 3 Fällen 3 Anfälle, in 3 Fällen 2 Anfälle, in 5 Fällen 1 Anfall), die sich durch eine besondere Dauer nicht auszeichneten (in 1 Falle 2 Wochen, in 2 Fällen je 1 Monat, in 1 Falle 2 Monate, in 1 Falle 3 Monate, in 1 Falle $3^1/_2$ Monate, in 4 Fällen je 4 Monate, in 1 Falle 5 Monate, in 1 Falle 7 Monate); die 2 Fälle aber mit ungünstigem Resultat hatten einen protrahierten Verlauf (in 1 Falle betrug die Dauer der Psychose bis zum Auftreten der Malaria 1 Jahr 5 Monate, in dem anderen Fall 4 Jahre $3^1/_2$ Monate). Auf die günstigen Resultate wirkte hier also der Umstand, daß die Malaria bei einer sehr großen Zahl von periodisch verlaufenden Fällen auftrat; in den wenigen Fällen aber, die einen protrahierten Verlauf hatten, ergab sich ein ungünstiges Resultat.

Terpentinöleinspritzungen wurden in 12 Fällen angewendet[3]).

Die Resultate vom Terpentinöl waren viel weniger günstig (25%), als von der Malaria. Wovon rührt das her? Durch die

[3]) Es ist am besten ein älteres, konzentriertes und längere Zeit an der Luft gelegenes (oxydiertes) Präparat des Ol. Terebinthini sterilisati anzuwenden. Die Injektionsstelle ist das obere äußere Drittel der Vorderfläche des Oberschenkels (bequem für die Verbandanlegung im Falle der Eröffnung des Abszesses und wegen der Dysfunktion der unteren Extremität, die den aufgeregten Kranken mehr oder weniger ruhig im Bette zu liegen zwingt). Die Nadel muß ziemlich lang sein, um tief in das Unterhautzellgewebe einzudringen (die Haut wird in eine Falte genommen, und die Nadel wird in den Grund der Falte eingestochen). Die oberflächliche Einführung der Nadel kann Abszesse hervorrufen, die von der Bildung großer Hautdefekte begleitet werden. Die Flüssigkeit wird langsam eingeführt. Die Nadel muß dann rasch herausgezogen werden, um die Bildung eines Fistelganges zu verhindern, an dem die Flüssigkeit zurückfließen und die Haut reizen kann. Es wird injiziert $1^1/_2$—2 g. Es entsteht ein großes schmerzhaftes Infiltrat, das zur Resorption 2 bis 3 Wochen erfordert und längere Zeit den Kranken an das Bett fesselt. Die durch die Injektion hervorgerufene Temperatur ist sehr hoch und dauert 4 Tage, manchmal länger. So ergab sich in einem Fall nach einer am 2. II. 1931 gemachten Einspritzung die Temperatur am 3. II. morgens 39^0, ab. $39{,}3^0$, am 4. II. morg. $39{,}2^0$, ab. $39{,}7^0$, am 5. II. morg. $38{,}2^0$, ab. 37^0, am 6. II. morg. $37{,}2^0$, ab. $36{,}9^0$. — In einigen (meistens periodischen, kurzdauernden) Fällen wurde nur 1 Einspritzung, in anderen Fällen wurde nach dem Resorbiertwordensein des Infiltrats eine zweite, in sehr seltenen Fällen noch eine dritte Injektion gemacht. In protrahierten Fällen wurden zu verschiedenen Zeiten bei stark auftretender Aufregung zum Zwecke der Beruhigung Einspritzungen gemacht.

Digitized by Google

Temperaturbedingungen könnte der große Unterschied in den Resultaten nicht erklärt werden, umsomehr als das Terpentinöl vor der Malaria und anderen Fiebereinwirkungen den Vorzug hat, daß dasselbe einen Abszeß hervorruft, der auf den Krankheitsprozeß nicht ohne Wirkung bleiben muß und bei anderen pyrogenetischen Einwirkungen fehlt. Nehmen wir die Fälle, bei denen das Terpentinöl angewendet wurde, nach den Formen, so haben wir einen periodischen, kurzdauernden Verlauf in 6 Fällen, von denen nach 1 Einspritzung 3 Fälle gebessert wurden und 3 unverändert blieben, die letzteren 3 Kranken genasen 3, 4 Monate nachher ohne Behandlung spontan. — Protrahierte Formen haben wir in 6 Fällen (bei 1 Patientin dauert die Psychose bereits 5 Jahre, bei einer anderen 3 Jahre, bei einer dritten 2 Jahre, bei 2 Kranken je $1^1/_2$ Jahre, bei einer Pat. zirka 1 Jahr). 3 Kranken wurde je 1 Einspritzung gemacht, einer Pat. 3 Einspritzungen im Laufe von 6 Monaten, einem Pat. 5 Einspritzungen im Laufe von 1 Jahr, einer Pat. 6 Einspritzungen im Laufe von 2 Jahren. Die Injektionen blieben in allen diesen Fällen erfolglos. Es muß daher die relativ geringe Zahl von Besserungen nach Einspritzungen von Terpentinöl in unseren Fällen dem Umstand zugeschrieben werden, daß wir hier eine große Zahl von Kranken mit protrahiertem Verlauf haben (es wurden nämlich die Terpentinölinjektionen nicht nur zum Zwecke der Therapie hauptsächlich bei akuten Fällen, sondern auch zur Erzielung länger dauernder Beruhigung bei starker Aufregung meistens auch bei chronischen Kranken angewendet).

Einspritzungen von Schwefel wendeten wir beim manisch-depressiven Irresein in 5 Fällen an; sie ergaben ein günstiges Resultat in 60% von Fällen[4]). Auch hier sahen wir einen günstigen

[4]) Wir wendeten das Präparat sulfur. sublimat. subtilissimi in 1%-Lösung von Ol. amygdalarum an. Die Einspritzungen wurden jeden zweiten Tag, intramuskulär: in der Glutäalgegend im oberen äußeren Quadranten gemacht. Wir begannen mit 1,0 und stiegen jedesmal um 1,0 bis zu 10,0. Nach 10 Einspritzungen wurde eine Pause von 14tägiger Dauer gemacht, nach der wieder 10 Einspritzungen und nach einer zweiten 14tägiger Pause zum drittenmal 10 Injektionen vorgenommen wurden. Die Temperatur stieg in vielen Fällen bis zu 40°, wobei das Steigen allmählich 4—6 Stunden nach der Einspritzung begann; den höchsten Punkt erreichte die Temperatur nach 12—14 Stunden; nachher begann ein allmähliches Sinken der Temperatur, die nach 1—2 Tagen zur Norm zurückkehrte. Im allgemeinen ertrugen die Patienten die Einspritzungen gut. Aber einige Kranke, besonders körperlich schwache, reagierten mit einem schlechten Allgemeinbefinden, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen u. dgl. Bei einigen Kranken wurde eine sehr heftige lokale Reaktion beobachtet: große Infiltrate, Entzündung, Schmerzen in den Beinen. Zuweilen, allerdings selten, mußten deswegen die Injektionen zeitweilig oder ganz ausgesetzt werden. Freilich, sind die allermeisten Schwefel-

Digitized by Google

Einfluß in denjenigen Fällen (3), die einen periodisch-transitorischen Verlauf hatten (in 1 Falle dauerte der Anfall 2, in 2 anderen 3 Monate), und einen ungünstigen Ausgang in protrahierten Fällen (in 1 Falle dauerte die Krankheit 2 Jahre 3 Monate, im anderen Falle 3 Jahre).

Pneumonie wurde 6mal bei 5 Kranken notiert, wobei 1 Patientin 2mal eine Pneumonie durchmachte: 1mal im Beginn der Psychose mit einem ungünstigen und das andere Mal 4 Monate später mit einem günstigen Resultat. Eine Besserung hatten wir 3mal in periodisch verlaufenden Fällen (50%), 3mal blieben die Fälle unbeeinflußt (2 protrahierte und 1 periodischer Fall).

Tuberkulose 4 Fälle, von denen ein günstiges Resultat in 1 Falle einer Manie von 10monatlicher Dauer (25%); 3 Fälle blieben unbeeinflußt, alle — in protrahierter Form (in 1 Falle dauerte die Manie 3 Jahre [bis zum Auftreten der Tuberkulose], in einem anderen Falle in der Form eines Mischzustandes 4 Jahre $3^1/_2$ Monate, in einem dritten Falle, der früher periodisch verlief, dauerte der letzte Anfall bereits über 3 Jahre).

Gesichtsrose 2 Fälle (protrahierte) blieben unbeeinflußt; in 1 Falle von denselben hatten auch Malaria, Pneumonie, Tuberkulose und Phlegmone keine Wirkung.

Flecktyphus 2 Fälle (der eine manisch, der andere melancholisch), beide akute, kurzdauernde (1 Fall 2 Monate, der andere 9 Monate) wurden gebessert.

Parotitis 1 Fall; psychischer Zustand blieb unverändert, Patientin starb nach 2 Monaten an körperlicher Schwäche; Mischzustand; hohes Alter (67 Jahre).

Mastitis 1 Fall (manisch), gebessert; 2monatliche Dauer.

Typhus abdominalis 1 Fall (periodische Manie). Besserung.

Grippe 1 Fall (zirkuläre Form) gab eine kurzdauernde Besserung bei dem Übergange eines manischen in einen melancholischen Zustand.

---

einspritzungen in solcher Art an Fällen der progress. Paralyse gemacht worden. Bei den Fällen aber des man.-depressiven Irreseins haben wir in 1 Falle 12 Einspritzungen gemacht, in 2 Fällen — je 10, in 1 Falle — 9. Es begann nämlich in 2 Fällen mit günstigem Resultat die Besserung schon während der Pause, von den anderen Fällen aber weigerte sich die eine Pat. hartnäckig nach 9 Einspritzungen sich der Ausführung weiterer Injektionen auszusetzen; die andere Pat. fühlte sich nach den 6 ersten Einspritzungen schlecht, so daß eine Pause gemacht werden mußte; nach den weiteren 6 Injektionen nahm die Schwäche zu und die Einspritzungen mußten ganz ausgesetzt werden.

Digitized by Google

Gelenkrheumatismus 1 Fall (protrahierte Form, Mischzustand) gab ein ungünstiges Resultat; Schwefel blieb hier auch ohne Wirkung.

Masern 1 Fall (periodische Manie); Besserung.

Ulcus necroticum mit hoher Temperatur von 2wöchentlicher Dauer 1 Fall (Manie in protrahierter Form), hatte keine Wirkung.

Verbrennung zweiten Grades mit hoher Temperatur von 7tägiger Dauer 1 Fall (agitierte Melancholie; Dauer 1 Jahre), gab eine Besserung; Patientin starb aber nach einer Woche an den Folgen der Verbrennung.

Typhusvakzine; 10 Einspritzungen; 1 Fall (periodische Manie). Besserung.

Es wirkt also beim manisch-depressiven Irresein das Fieber unabhängig von der Art der Fiebereinwirkung günstig in periodisch verlaufenden Fällen, die eine Tendenz zur Besserung haben, und wirkt ungünstig in protrahierten Fällen, die eine entgegengesetzte Tendenz aufweisen.

Es ist auch von Bedeutung hinsichtlich der Resultate das Stadium der Psychose, während dessen das Fieber auftrat, ob im Beginn derselben, als der psychotische Prozeß eine Tendenz zum Steigen hat und eine günstige Wirkung des Fiebers deswegen nicht zu erwarten ist, oder ob dasselbe in einem späteren Stadium auftrat, als der Prozeß den Höhepunkt überschritt und eine Tendenz zum Sinken hat, wo die Fiebereinwirkung infolgedessen ein günstiges Resultat zur Folge haben kann. So hatte bei den manischen Zuständen bei einer Pat. im Beginn der Psychose eine Lungenentzündung mit sehr hoher Temperatur, die 8 Tage lang dauerte, auf den psychischen Zustand keine Wirkung, während die Pat. 4 Monate später, als der psychotische Prozeß im Sinken begriffen war, nach einer Einspritzung von Terpentinöl und einer Pneumonie in leichter Form geheilt wurde. In einem anderen Falle steigerte sich bei einer manischen Kranken nach einer Malaria, die in der fünften Woche der Psychose auftrat, die Erregung, aber die nach 2 Monaten wieder aufgetretene Malaria brachte den Zustand zur Heilung (der erste Anfall dauerte bei der Kranken auch 3 Monate). In einem dritten Falle hatte ein Einspritzung von Terpentinöl auf eine manische Kranke im Anfangsstadium der Psychose keine Wirkung, während die Erregung 3 Monate später spontan aufhörte. Wir haben noch 3 andere Fälle, bei denen 1-, in einem Falle sogar 2mal im Beginn der Krankheit gemachte Einspritzungen von Ol. Terebinth. 2,0 auf den psychischen Zustand keine Wirkung hatten, während die Patienten 3—6 Monate später spontan, ohne äußere Einwirkung gesund wurden.

Bei den melancholischen Zuständen übte in 1 Falle auf den

Digitized by Google

Pat. eine 9tägige Malaria im Beginn der Psychose keine Wirkung aus, während eine nach $2^1/_2$ Monaten aufgetretene Lungenentzündung eine bedeutende Besserung hervorrief. — In einem anderen Falle gab eine während des 3. Anfalls im 6. Monate der Erkrankung aufgetretene Malaria ein gutes Resultat von 3jähriger Dauer, was dadurch zu erklären ist, daß der psychotische Prozeß zu dieser Zeit im Sinken begriffen war (der 1. Anfall dauerte auch 6 Monate, der 2. etwas länger); die Temperaturerhöhung aber, die während des 4. Anfalls im 2. Monate der Erkrankung, als der Prozeß die Tendenz noch zum Progressieren hatte, durch die Typhusvakzine hervorgerufen wurde (9 Einspritzungen), gab nur eine unbedeutende, sehr kurz dauernde Besserung (einige Tage).

Tabelle III.

Man.-depressives Irresein nach dem Alter.

Alter	Periodische		Protrahierte		Insgesamt			
	gebessert	unverändert	gebessert	unverändert	gebessert	unverändert	% der Besserung	Insgesamt
Von 10 bis zu 15 Jahren	1				1		100	1
Von 16 bis 25 Jahren ..	9	2		1	9	3	75	12
Von 26 bis 30 Jahren ..	5			3	5	3	40	8
Von 31 bis 40 Jahren ..	6	2	1	3	7	5	58	12
Von 41 bis 50 Jahren ..	1		1	3	2	3	40	5
Von 51 bis 60 Jahren ..	2			1	2	1	67	3
Von 61 Jahren und höher				1		1	0	1
Insgesamt ..	24	4	2	12	26	16	62	42

Wie Tab. III zeigt, besteht kein besonderer Unterschied in den Resultaten dem Alter nach; in jedem Alter wird beobachtet, daß je mehr periodisch verlaufende, akute Fälle vorhanden sind, es einen desto größeren Prozentsatz von Besserungen gibt, und je mehr umgekehrt protrahierte, chronische Fälle vorhanden sind, desto ungünstigere Resultate treten auf. Es mag sein, daß das jüngere Alter günstigere Resultate aufweisen kann; dies wird aber, unseres Erachtens, nicht von dem betreffenden Alter an und für sich, sondern davon herrühren, daß während dieser Periode meistens periodische akut verlaufende Formen auftreten; und umgekehrt würden die ungünstigeren Resultate im höchsten Alter sich dadurch erklären lassen, daß zu dieser Zeit meistens protrahierte, Involutions-, präsenile oder senile oder solche Formen vorkommen, die früher einen periodischen Verlauf hatten und nachher einen protrahierten Verlauf genommen haben.

Digitized by Google

Dementia praecox (22 Fälle).

Davon sind 13 Fälle katatonischer, 5 Fälle paranoider, 3 Fälle hebephrenischer und 1 Fall zirkulärer Form.

Über die Resultate der Fieber- und Infektionstherapie der Dem. praecox existieren in der Literatur zweierlei Ansichten. Eine Reihe von Autoren verzeichnen gute Resultate. Zu ihnen gehört hauptsächlich *Menninger v. Lerchenthal*, der in 68 Fällen der Schizophrenie bei Anwendung der Typhusvakzine 63% Besserungen beobachtete. *Weichsel* und *Blume* sahen bei der Behandlung der Dem. praecox mit Saprovitan Besserungen in 66% der Fälle, ebenso *Bianchini*. Von der Anwendung von Pyrifer sah *Drecker* in 2 Fällen (von 7) von Dem. praecox gute Besserungen und in 3 Fälle kurzdauernde Remissionen. — Im Gegensatz zu diesen Autoren sah *Salinger* in seinen durch Schwefel behandelten Schizophreniefällen Besserungen in 25%, *Loberg*, *Marcuse* und *Kallmann* — in 10%. *Wallmann* beobachtete in 8 von ihm durch Malaria behandelten Fällen nur in 1 Falle ein günstiges Resultat.

In unseren Fällen sehen wir, daß das Fieber tatsächlich eine Wirkung ausübt, aber die Zahl der Remissionen ist bei uns eine geringe (6 Fälle auf 22, d. h. 27,3%). Dem Charakter nach kann man diese Remissionen nur in 2 Fällen als gute, mehr oder weniger vollkommene ansehen; in den übrigen Fällen kam es nur zu unvollkommenen Besserungen. Was die Dauer der Remissionen betrifft, so haben wir eine längere Remission ($1^1/_2$ Jahre lang) nur in 1 Fall; in 3 Fällen waren die Remissionen von kurzer Dauer (1 bis 2 Monate); in 2 Fällen wurden die Pat. kurze Zeit nach dem Auftreten der Besserung, deren Dauer uns unbekannt blieb, nach Hause entlassen. — Unverändert blieben 16 Fälle. — Unser Material bestätigt also eher die Beobachtungen von *Salinger*, *Loberg*, *Wahlmann*, *Marcuse* und *Kallmann* und spricht gegen diejenigen von *Menninger v. Lerchenthal*, *Bianchini* u. a. Daß *Menninger v. Lerchenthal* so gute Resultate erhielt, erklärt sich möglicherweise daraus, daß er mehrmalige intravenöse Injektionen von Typhusvakzine, die sehr hohe Temperaturen gibt, während einer längeren Zeit (3 bis 4 Monate) anwendete. Aber auch bei einer so planmäßig, sorgfältig und längere Zeit durchgeführten Fieberbehandlung kann man, wie der Autor selbst betont, in 60% der Fälle nur vorübergehende, seltener längere Remissionen, aber keine rasche und definitive Heilung erreichen.

Welche Untergruppen und Stadien der Psychose erscheinen als für die Behandlung günstiger?

Jaschke, *Weichsel* (Arnsdorf), *Blume*, *Wittenau* sprechen über günstige Resultate der Fieberbehandlung bei den akuten katatonischen, besonders frischen Formen, und meinen überhaupt, daß für die Behandlung die katatonischen Formen sich günstiger er-

Digitized by Google

Tabelle IV.

Einfluß verschiedener Einwirkungen auf die Dementia praecox.

Art der Einwirkung	Katatonische					Hebephrenische					Paranoide					Zirkuläre					Insgesamt				
	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	Unverändert	% der Remissionen	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	Unverändert	% der Remissionen	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	Unverändert	% der Remissionen	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	Unverändert	% der Remissionen	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	Unverändert	% der Remissionen
Malaria	4			4	0						1			1	0	1	1			100	6	1		5	16,6
Tuberkulose	5			5	0	1			1	0	1			1	0						7			7	0
Parotitis											1			1	0						1			1	0
Pneumonie	1		1	100							1		1		100						2		2		100
Schwefel	1			1	0	1		1	100		1	1			100						3	1	1	1	66,6
Tuberkulose und Ol. Terebinth.						1			1	0											1			1	0
Tuberkulose und Pneumonie											1		1		100						1		1		100
Parotitis und Pneumonie	1			1	0																1			1	0
Insgesamt.....	12		1	11	8,3	3		1	2	33,3	6	1	2	3	50	1	1			100	22	2	4	16	27,3

Digitized by Google

Tabelle

Dementia
Ausgang nach Stadium und

Form	Remissionen				
	Insgesamt	Frühstadium		Spätstadium	
	Zahl	Zahl	%	Zahl	%
Katatonische	1	1	100	—	—
Hebephrenische	1	—	—	1	100
Zirkuläre	1	—	—	1	100
Paranoide	3	1	33,3	2	66,7
Insgesamt	6	2	33,3	4	66,7

weisen, als die paranoiden und anderen Formen. — In unserem Material sehen wir bei der katatonischen Form in 2 Fällen kurzdauernde Besserungen (in 1 davon unbedeutender Natur) auf 12, d. h. in 16,6% der Fälle. — In 6 Fällen paranoider Form haben wir 4 Remissionen von kurzer Dauer (66,6%), von denen 1 Remission unbedeutender Natur war. — Von 3 Hebephreniefällen gab 1 Fall eine leichte, kurzdauernde Remission. — Die zirkuläre Form (1 Fall) gab eine gute, vollkommene Remission von längerer Dauer ($1^1/_2$ Jahre).

Hinsichtlich der Dauer der Psychose bis zum Auftreten des Fiebers haben wir 6 Fälle im Anfangsstadium, die in 2 Fällen kurzdauernde Remissionen gaben (33,3%), und 16 Fälle im Spätstadium (von 1 bis 6 Jahren), die 4 Fälle von Besserungen gaben (25%)- in 1 Falle eine vollkommene Remission von längerer Dauer ($1^1/_2$ Jahre) und in 3 Fällen kurzdauernde, geringe Remissionen. — Also geben die frischen Fälle unter Fiebereinwirkung mehr Remissionen, als die Fälle im Spätstadium; der Unterschied ist aber der Zahl nach ein ziemlich geringer (33,3% - 25%): der bei den letzteren dadurch ausgeglichen wird, daß bei ihnen 1 Fall einer längeren Remission vorhanden ist, während die Remissionen in den Fällen des Frühstadiums von kurzer Dauer sind.

Wir sehen also in unseren Fällen der Dem. praecox keine besonders enge Abhängigkeit der Resultate von der Dauer der Psychose bis zum Auftreten des Fiebers. Eine merklichere Rolle hinsichtlich der Resultate spielt die Untergruppe der Psychose, aber, im Gegensatz zu den Beobachtungen von *Jaschke, Weichsel* u. a., gab bei uns die paranoide Form günstigere Resultate, als die katatonische (das beste Resultat gab die zirkuläre

Digitized by Google

V.

praecox.
Unterart der Krankheit.

Unveränderte Fälle					Insgesamt				
Insgesamt	Frühstadium		Spätstadium		Insgesamt	Frühstadium		Spätstadium	
Zahl	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	Zahl	%	Zahl	%
12	4	33,3	8	66,7	13	5	38,5	8	61,5
2	—	—	2	100	3	—	—	3	100
—	—	—	—	—	1	—	—	1	100
2	—	—	2	100	5	1	20	4	80
16	4	25	12	75	22	6	27,3	16	72,7

Form, die bei uns aber nur 1 Fall zählt). — Und wir meinen, daß dies auf keinem Zufall beruht. *Jaschke* stützt sich auf die in der Literatur herrschenden allgemeinen prognostischen Anschauungen, infolge deren die katatonische Form einen günstigeren Verlauf haben soll, als die paranoide. Wir finden aber, daß in der Literatur keine Einigkeit in den Ansichten darüber besteht. Zwar spricht *Bumke*, daß die Katatonien am günstigsten verlaufen, während bei den Paranoiden die Heilungsaussichten am schlechtesten seien. *Kräpelin* hält die Prognose bei der Katatonie für günstiger, als bei der Hebephrenie; auch sei die Häufigkeit der Remissionen bei der Katatonie größer, als bei anderen Formen; allerdings meint *Kräpelin*, daß Remissionen nicht selten auch bei der paranoiden Form vorkommen.

Im Gegensatz zu diesen Autoren behauptet *Bleuler*, daß die Katatonie eine schwerere Prognose gibt, als andere Formen; besonders hoffnungslos seien die Psychosen, die von Anfang an in der Form der chronischen Katatonie verlaufen. — Dieser Ansicht des letzten Autors pflichten wir vollständig bei.

Die Sammelform der Schizophrenie vereinigt unter sich verschiedene Gruppen, die sich von einander unterscheiden. Am verwandtesten sind Hebephrenie und Katatonie, die (besonders die letztere) eine organische Grundlage haben müssen, worauf ja die katatonen Symptome, die am ausgeprägtesten bei der Katatonie vorkommen, die hier nicht funktioneller, psychologisch erklärbarer, sondern automatischer, elementarer Natur sind, hinweisen; es sind bei der Katatonie auch tatsächlich von verschiedenen Autoren in den verschiedensten Hirnabschnitten materielle Veränderungen gefunden worden. Es können deswegen die auf

Digitized by Google

dieser organischen Grundlage entstandenen veränderten psychischen Funktionen, wenigstens vollständig und auf die Dauer, nicht wieder hergestellt und folglich von äußeren Einwirkungen nicht leicht beeinflußt werden. — Die Dem. paranoides unterscheidet sich in vielem von der hebephreno-katatonischen Gruppe; die Kranken haben zwar schizophrene und teilweise auch katatone, allerdings viel weniger ausgeprägte Symptome; das Intellekt ist bei ihnen viel weniger gestört; die Demenz schreitet viel langsamer fort; die Kranken benehmen sich längere Zeit geordnet, sind viel regsamer, beweglicher; ja es mischen sich vielfach manische Symptome hinzu, do daß die Frage entsteht, ob die Fälle, die man zur Dem. paranoides rechnet, wirklich der Dem. praecox angehören und nicht als besondere Krankheitsform gehalten werden müssen, und tatsächlich sind viele Fälle von dieser Gruppe von *Kräpelin* als sogen. Paraphrenie aufgefaßt worden. — Jedenfalls wird wahrscheinlich die organische Grundlage bei der Dem. paranoides keine so schwere sein und die psychischen Funktionen sind bei den Paranoiden deswegen mehr restituierbar und müssen für äußere Beeinflussungen zugänglicher sein, als bei der Katatonie.

Daß unser zirkulärer Fall eine gute und längere Remission gab, scheint uns auch nicht zufällig zu sein, da die zirkulären Symptome die Prognose zweifellos verbessern müssen.

Wenn wir die Resultate nach der Art der pyrogenetischen Wirkungen betrachten, so sehen wir, daß die Verschiedenheit derselben hauptsächlich von der Untergruppe der Psychose, auf die diese Momente wirkten, abhängt. So haben wir bei der Tuberkulose Remissionen in 2 Fällen von 9 (22,2%); diese beiden Fälle gehörten der paranoiden Form an, die katatonischen aber und hebephrenischen Formen gaben ein ungünstiges Resultat. Bei der natürlichen Malaria (6 Fälle) waren in 2 Fällen Remissionen (33,3%), von denen 1 Fall einer vollkommenen und längeren Remission — der zirkulären Form und der andere, leichtere, unvollständige — der paranoiden Form angehört. — Bei der Pneumonie waren von 4 Fällen 3 Fälle einer leichten, kurzdauernden Besserung, von denen 2 Fälle paranoider und 1 Fall katatonischer Form waren; der andere katatonische Fall blieb unbeeinflußt. — 2 Fälle der Parotitis (katatonischer und paranoider Form im Spätstadium) gaben kein günstiges Resultat. Ebenso gab Terpentinöl (in 1 Fall der Hebephrenie) kein günstiges Resultat. Und nur beim Schwefel sehen wir, daß in den 2 Fällen (auf 3), die relativ gute Resultate gaben, 1 Fall — katatonischer und der andere — hebephrenischer Form waren, was vermutlich dem besonderen Einfluß des Schwefels zuzuschreiben ist. Dies sieht man auch daraus, daß der Schwefel in 1 frischen Fall katatonischer Form, dreimal angewendet, jedesmal eine gute Remission, wenn auch von kurzer

Digitized by Google

Dauer (2 Monate), gab. Es trat ferner eine Besserung nach Anwendung desselben sowohl im Anfangs-, als auch im Spätstadium auf.

Tabelle VI.

Dementia praecox nach dem Alter.

Form / Alter	Katatonische				Hebephrenische				Paranoide				Zirkuläre				Insgesamt			
	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% der Remissionen	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% der Remissionen	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% der Remissionen	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% der Remissionen	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% der Remissionen
Von 16 bis 25 J.	1	5	6	16,6	1	1	2	50	1	—	1	100	—	—	—	—	3	6	9	33,3
Von 26 bis 30 J.	—	7	7	0	—	—	—	—	2	1	3	66,6	—	—	—	—	2	8	10	20
Von 31 bis 40 J.	—	—	—	—	—	1	1	0	—	—	—	—	1	—	1	100	1	1	2	50
Von 41 bis 50 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0	—	—	—	—	—	1	1	0
Insgesamt	1	12	13	7,7	1	2	3	33,3	3	2	5	60	1	—	1	100	6	16	22	27,3

Wie aus der Tab. VI ersichtlich ist, hängt der geringe Unterschied in den verschiedenen Altersstufen (von 16 bis 25 Jahren 33,3%, von 26 bis 30 Jahren 20%, im Alter von 31 bis 40 Jahren sind nur 2 Fälle vorhanden) nicht vom Alter, sondern von der Untergruppe ab.

Progressive Paralyse (33 Fälle).

Davon in expansiver Form 11 Fälle, in dementer 18 Fälle, halluzinator.-paranoider 1 Fall, agitierter Form 2 Fälle, Taboparalysis 1 Fall.

Remissionen 10 Fälle (auf 33), d. h. 30,3%. Von denselben sind 4 Fälle mit vollkommener und längerer Remission ($1^1/_2$ Jahre, 2 Jahre, 3 Jahre, in 1 Falle dauert die Remission länger als $2^1/_2$ Jahre), aufgetreten in 1 Fall nach Einspritzungen von Schwefel, in 1 Fall nach Milchinjektionen, in 1 Falle nach natürlicher Malaria, in 1 Falle nach Impfmalaria. Es verschwanden bei den Kranken die Wahnideen und die dementen Erscheinungen, das Gedächtnis wurde wiederhergestellt, die Kranken urteilen richtig, sprachen flüssig, benahmen sich geordnet, wurden arbeitsfähig, nahmen ihren früheren Dienst wieder auf (als Elektrotechniker, Briefträger, Buchführer); es blieben nur die neurologischen Symptome, aber weniger ausgesprochen als früher, übrig. — Eine Remission in mäßiger Form und von längerer Dauer ($4^1/_2$ Jahre) haben wir bei einem Kranken in expansiver Form, aufgetreten $1^1/_2$ Jahre nach der Erkrankung nach einer länger dauernden Malaria. Die starke Aufregung und die blühendsten Größenideen ver-

Digitized by Google

Tabelle VII.

Einfluß der verschiedenen Einwirkungen auf die progressive Paralyse.

Art der Einwirkung	Unterarten: Expansive						Demente						Halluzinatorisch-paranoide						Agitierte						Taboparalysis						Insgesamt					
	Zahl der Fälle	Vollk. Remiss.	Leichte Remiss.	Unverändert	Verschlechtert	% der Remiss.	Zahl der Fälle	Vollk. Remiss.	Leichte Remiss.	Unverändert	Verschlechtert	% der Remiss.	Zahl der Fälle	Vollk. Remiss.	Leichte Remiss.	Unverändert	Verschlechtert	% der Remiss.	Zahl der Fälle	Vollk. Remiss.	Leichte Remiss.	Unverändert	Verschlechtert	% der Remiss.	Zahl der Fälle	Vollk. Remiss.	Leichte Remiss.	Unverändert	Verschlechtert	% der Remiss.	Zahl der Fälle	Vollk. Remiss.	Leichte Remiss.	Unverändert	Verschlechtert	% der Remiss.
Schwefel	6	1	2	3	—	50	8	—	2	4	2	25	1	—	—	1	—	0	1	—	—	1	—	0	—	—	—	—	—	—	16	1	4	9	2	31,2
Schwefel und Malaria	1	—	—	1	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0
Schwefel und Ol. Terebinth	1	—	—	1	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0
Schwefel, Impfmalaria und Ol. Terebinth	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0
Natürliche Malaria.....	1	1	—	—	—	100	4	1	1	1	1	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	1	1	1	60
Impfmalaria ...	1	1	—	—	—	100	4	—	—	2	2	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	2	2	20
Impfmalaria und Recurrens ...	1	—	—	1	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0
Phlegmone	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	0	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	0
Erysipelas	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	0
Milch	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	100	1	—	1	—	—	100
Insgesamt ..	11	3	2	6	—	45,5	18	1	3	9	5	22,2	1	—	—	1	—	0	2	—	—	1	1	0	1	—	1	—	—	100	33	4	6	17	6	30,3

Digitized by Google

schwanden, die Demenz nahm bedeutend ab, die Sprache wurde flüssiger, das Gedächtnis gut; es blieben nur eine Leichtgläubigkeit, eine gutmütig-humoristische Stimmung, einige hypomanische Züge und die neurologischen Symptome. In 2 Fällen haben wir eine mäßige Remission von 6monatlicher Dauer (in 1 Falle nach 10 Schwefeleinspritzungen, in einem anderen Fall nach 7 Schwefeleinspritzungen). — In 1 Falle trat nach 8 Schwefelinjektionen im Anfangsstadium der Krankheit eine gute Remission von 2monatlicher Dauer auf. — In noch 2 Fällen trat eine Besserung (in 1 Falle nach 10 Schwefelinjektionen, in einem anderen Falle nach einer länger dauernden Malariaerkrankung) auf, deren Dauer unbekannt blieb, da die Patienten nach der Besserung aus der Klinik entlassen wurden.

Unverändert blieben 16 Fälle, verschlechtert wurden 6 Fälle.

Von den Krankheitsformen gab die expansive Form Remissionen in 5 Fällen (auf 11), d. h. in 45,5%, die demente Form in 27,7% (5 Fälle auf 18). Die Taboparalysis (1 Fall) gab eine längere Remission in mäßiger Form. Die agitierte (2 Fälle) und die halluzinatorisch-paranoide Form (1 Fall) gaben keine Remissionen. Die expansive Form gab also einen größeren Prozentsatz von Remissionen als die demente.

Nach der Art der Einwirkung haben wir Schwefelanwendung in 18 Fällen, Malaria- in 12 Fällen (Impfmalaria- in 7 und natürliche Malaria- in 5 Fällen), Einspritzungen von Milch, Terpentinöl, Gesichtsrose, Recurrens, Phlegmone je 1 Fall.

Zum Vergleich der Resultate von den Fiebereinwirkungen nehmen wir Schwefel und Malaria, deren wir am meisten Fälle haben. Diese 2 Behandlungsarten der progressiven Paralyse wurden auch von den anderen Autoren am häufigsten angewendet. In früheren Zeiten galt die Malaria als das einzige Mittel der Fieberbehandlung der Paralyse, und viele Autoren ziehen auch gegenwärtig die Malariatherapie allen anderen Fieber- und Infektionsbehandlungen vor, die sie für die zweckmäßigste und wirksamste halten. In der neuesten Zeit aber ist eine Reihe pyrogenetischer Mittel chemischer Natur empfohlen worden, unter denen der Schwefel einen Ehrenplatz einnimmt, welcher nach *Schröder, Marcuse* und *Kallmann, Warstadt, Stiefler, Drabkina, Wolochowa* u. a. einen gleichen und in einigen Fällen einen besseren Heileffekt gibt als die Malaria; *Israelowitz* sah im Gegenteil bei der Schwefelbehandlung der Paralytiker keine merklich günstige Resultate.

Wenn wir uns an unser eigenes Material wenden, so haben wir von 18 Fällen, bei denen Schwefel angewendet wurde, 6 Remissionen (3 vollkommene und 3 leichte), d. h. 33,3%, und von den 12 Malariafällen haben wir 4 Remissionen (1 vollständige und 3 leichte), d. h. 33,3%, so daß sich kein Unterschied in

Digitized by Google

den Resultaten unter diesen beiden Mitteln erweist. Es ergibt sich aber im Gegenteil ein Unterschied in den Resultaten zwischen Impfmalaria und natürlicher Malaria: während wir auf 7 Fälle der Impfmalaria 1 Remission, d. h. in 14,4% der Fälle, haben, besitzen wir auf 5 Fälle der natürlichen Malaria 3 Remissionen (60%).

Ist das Stadium der Psychose, währenddessen das pyrogenetische Mittel angewendet wurde resp. die Infektionskrankheit auftrat, von Einfluß?

Wenn wir die Remissionsfälle (11) nehmen, so trat eine Remission in 8 Fällen, d. h. in ca. 73%, ein, bei denen das Fieber im Frühstadium der Psychose eingewirkt hat (von $1^1/_2$ bis 4 Monaten), und nur in 3 Fällen im späteren Stadium (von 1 bis $1^1/_2$ Jahren).

Wenn man aber die Fälle mit ungünstigem Resultat (22) nimmt, so war die Dauer der Psychose bis zum Auftreten des Fiebers in 7 Fällen eine geringe (in den ersten Monaten der Erkrankung), in 15 Fällen aber, d. h. in 68,1%, trat die Fiebereinwirkung im Spätstadium der Psychose auf ($1^1/_2$, 2, $2^1/_2$ Jahre und noch später).

Es hat also das Stadium der Psychose hinsichtlich der Behandlungsresultate eine große Bedeutung. Es fragt sich aber, ob denn nicht dabei das Resultat von der Unterform der Psychose oder von der Art der Einwirkung abhing.

Wenn wir die Fälle nach den Unterformen nehmen, so traten bei der expansiven Form (11 Fälle) Remissionen in 5 Fällen auf, von denen Schwefel in 3 Fällen im Anfangsstadium und in 2 Fällen in einer späteren Periode der Psychose angewendet wurde. Von den 6 ungünstigen Fällen aber traten die Fiebereinwirkungen in 3 Fällen in den ersten Monaten und in 3 Fällen in der späteren Periode der Psychose auf. — Bei der dementen Form (18 Fälle) trat von 5 Remissionsfällen nur in 1 Fall die Remission nach Schwefeleinspritzungen 1 Jahr nach der Erkrankung, in den übrigen 4 Fällen — unter der Einwirkung von Schwefel, natürlicher und Impfmalaria — in den ersten Monaten der Erkrankung auf. Was die 13 Fälle mit ungünstigem Resultat betrifft, so wirkte nur in 2 Fällen das Fieber (nach Schwefel und natürlicher Malaria) im Anfangsstadium, in den übrigen 11 Fällen im Spätstadium der Psychose.

Was die Art der Einwirkung betrifft, so traten bei Anwendung von Schwefel (18 Fälle) von 6 Remissionsfällen in 4 Fällen Remissionen nach Behandlung im Anfangs- und nur in 2 nach Anwendung im späteren Stadium der Psychose auf. Von den 12 Fällen aber mit ungünstigem Ausgang wurde die Schwefelbehandlung in 5 Fällen in den ersten Monaten, in den übrigen 7 in der späteren Periode der Psychose vorgenommen. — Bei der Malaria, sowohl natürlicher als geimpfter (11 Fälle), trat von 4 Remis-

Digitized by Google

sionsfällen die Besserung in 3 Fällen nach Einwirkung in den ersten Monaten und nur in 1 Falle $1^1/_2$ Jahre nach der Erkrankung auf. Von den 7 ungünstigen Fällen aber wirkte die Malaria nur in 1 Falle im Anfangs-, in den übrigen 6 Fällen im Spätstadium der Psychose ein.

Die Verschiedenheit der Resultate ist hier also deutlich vom Stadium und nicht von der Unterform der Krankheit oder von der Art der Einwirkung abhängig; jedenfalls hat der Einfluß des Stadiums ein Übergewicht.

Ein Unterschied und zwar ein ziemlich bedeutender besteht in den Resultaten nach Einwirkung der Impfmalaria (14,4% Remissionen) und der natürlichen Malaria (60%). Wodurch wird dies erklärt?

Man könnte meinen, daß der Unterschied davon abhängt, daß die Impfung nicht lege artis gemacht und vom Organismus schlecht aufgenommen wurde. Wir haben tatsächlich in 3 Fällen, die ein ungünstiges Resultat gaben, nach der Impfung eine geringe Zahl von Anfällen (in 1 Falle 3, in 2 anderen Fällen je 5 Anfälle) mit nicht besonders hoher Temperatur (37,9°, 38° und 38,2°); andererseits haben wir 1 Fall mit günstigem Resultat nach Impfung einer gemischten Form von tertiana mit einer tropica, die 20 Anfälle gab mit sehr hoher Temperatur (39,5°—40°). In den 3 anderen Fällen aber mit ungünstigem Resultat haben wir viele Anfälle mit sehr hoher Temperatur (in 1 Falle 10 Anfälle mit einer Temperatur bis zu 40°, in 1 Falle 20 Anfälle mit einer Temperatur von 39,5 bis 40°, in 1 Falle 15 Anfälle nach einer Impfung einer tropischen Form mit einer Temperatur bis zu 40,6°).

Wenn wir aber das Stadium der Psychose nehmen, währenddessen die Impfung ausgeführt wurde, so sehen wir, daß von 7 Fällen der Impfmalaria diese nur in 1 Fall im Anfangsstadium der Psychose gemacht wurde, und dieser Fall gab denn auch eine Remission, in den übrigen 6 Fällen aber, die resultatlos blieben, wurde die Impfung in der Spätperiode der Psychose gemacht. Was die 5 Fälle der natürlichen Malaria anbelangt, so trat sie in 3 Fällen in den ersten Monaten der Psychose (von denen 2 Remissionen) und in 2 Fällen (von denen 1 Remission) in der späteren Periode auf.

Es hing also auch hier der Unterschied in den Resultaten von der Impf- und der natürlichen Malaria nicht von der verschiedenen Art der Einwirkungen, sondern von der verschiedenen Dauer der Psychose bis zum Auftreten dieser Einwirkungen ab.

In 1 Fall gaben Milchinjektionen, die im Anfangsstadium der Psychose angewandt wurden, eine Remission.

1 Fall einer Phlegmone und 1 Fall einer Gesichtsrose, die in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Psychose aufgetreten

Digitized by Google

sind, gaben ein ungünstiges Resultat, ebenso auch 1 Fall von Recurrens, der 2 Jahre nach der Erkrankung an Paralyse auftrat. Eine einzige Ausnahme macht 1 Fall bei Anwendung von Terpentinöl im Beginn der Psychose, der einen ungünstigen Effekt hatte, was sich dadurch erklären läßt, daß nur 1 Injektion gemacht wurde, die eine Temperaturerhöhung nur während 4 Tage gab und daher auf einen organischen Prozeß, wenn auch im Beginn der Erkrankung, keinen Einfluß haben konnte.

Wir sehen also in unseren Fällen der Paralyse keinen besonderen Unterschied in den Resultaten von den verschiedenen Arten der pyrogenetischen Mittel resp. der verschiedenen Infektionen. Von den Unterarten gibt die expansive Form bessere Resultate (hinsichtlich der Zahl, Tiefe und Dauer der Remissionen) als die demente. Eine besonders große Rolle spielt das Stadium der Psychose, währenddessen das pyrogenetische Mittel angewendet wurde resp. die Infektionskrankheit auftrat.

Tabelle VIII.

Progressive Paralyse nach dem Alter und Form der Krankheit.

Form	Expansive				Demente				Agitierte				Halluzinatorisch-paranoide				Taboparalysis				Insgesamt			
Alter	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% d. Remiss.	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% d. Remiss.	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% d. Remiss.	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% d. Remiss.	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% d. Remiss.	Remissionen	Unverändert	Gesamtzahl	% d. Remiss.
Von 26 bis 30 J.	—	—	—	—	—	3	3	0	—	—	—	—	—	1	1	0	—	—	—	—	—	4	4	0
Von 31 bis 40 J.	2	4	6	33,3	1	6	7	14,3	—	2	2	0	—	—	—	—	1	—	1	100	4	12	16	25
Von 41 bis 50 J.	3	2	5	60	3	5	8	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	7	13	46
Insgesamt	5	6	11	45,5	4	14	18	22,2	—	2	2	0	—	1	1	0	1	—	1	100	10	23	33	30,3

Tabelle IX.

Progressive Paralyse nach Alter und Stadium der Krankheit.

Alter	Anfangsstadium		Spätstadium		Gesamtzahl
	Zahl	%	Zahl	%	
Von 26 bis 30 Jahren			4	100	4
Von 31 bis 40 Jahren	6	37,5	10	62,5	16
Von 41 bis 50 Jahren	7	54	6	46	13
Insgesamt	13	39,4	20	59,6	33

Digitized by Google

Bei der Paralyse sehen wir im Alter von 30 bis 40 Jahren eine geringere Zahl von Remissionen (25) als im Alter von 40 bis 50 Jahren (46%). Hängt dieser Unterschied vom Alter ab oder steht er im Zusammenhang mit dem Vorhandensein verschiedener Formen der Psychose oder verschiedener Stadien der Krankheit in den verschiedenen Lebensaltern? Wenn wir die Formen in Betracht ziehen, so haben wir im Alter von 30 bis 40 Jahren weniger Fälle der expansiven (33,3%) als im Alter von 41 bis 50 Jahren, was den geringeren Prozentsatz von Remissionen im ersteren als im letzteren Alter erklären würde. Nun haben wir aber bei der dementen Form, die zu Remissionen wenig geneigt ist, im Alter von 31 bis 40 Jahren dreimal weniger Fälle (14,3%) als im Alter von 41 bis 50 Jahren (43%). Die Verhältnisse also hinsichtlich der Form der Psychose lassen den Unterschied in den Resultaten in den verschiedenen Lebensaltern nicht erklären. Wenn wir aber das Stadium der Krankheit nehmen, so läßt sich leicht die geringere Zahl von Remissionen im Alter von 31 bis 40 Jahren als im Alter von 41 bis 50 Jahren durch das Vorhandensein einer geringeren Zahl von Fällen des Anfangsstadiums (37,5%), das gute Aussichten auf Remissionen gibt, im erstangegebenen Alter, als im Alter von 41 bis 50 Jahren (54%) erklären. — Das Fehlen von Remissionen im Alter von 26 bis 30 Jahren erklärt sich teilweise durch das Vorhandensein von Fällen der dementen und halluzinatorisch-paranoiden Form, teilweise dadurch, daß dieses Alter bei uns ausschließlich Fälle des Spätstadiums umfaßt.

Der relativ geringe Prozentsatz von Remissionen bei der Paralyse bei unserem Material (30,3%) im Vergleich mit den Resultaten der Fieberbehandlung, die von anderen Autoren (50—60% und noch höher) gewonnen wurden, erklärt sich durch den Umstand, daß in unseren meisten Fällen die Behandlung im späteren Stadium der Krankheit vorgenommen wurde, da die meisten Kranken bei uns in Astrachan im Frühstadium der Krankheit in Nervenheilstationen oder Polikliniken behandelt werden, während in die stationäre Behandlung der Irrenklinik aufgeregte oder demente Kranke im fortgeschritteneren Stadium der Krankheit kommen.

Lues cerebri (1 Fall).

Pat., 37 J. alt. Lues im J. 1918. Im J. 1925 ein Insult, der eine rechtsseitige Hemiplegie nach sich zog, welche nach 6 Monaten vorüberging. Später wurde Pat. interesselos, arbeitete nicht, äußerte hypochondrische und Verfolgungsideen. Neurologisch: Anisokorie, starre Pupillen auf Lichteinfall, gesteigerte Sehnenreflexe, Romberg, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, Tremor der Zunge. Im Mai 1926 erkrankte er an einer unbekannten Infektion (Paratyphus?) mit sehr hoher Temperatur bis zu

Digitized by Google

Tabelle

Resultate der verschiedenen

Art der äußeren Einwirkung	Akute Psychosen				Manisch-depressives Irresein				Dementia praecox			
	Zahl der Fälle	Heilung	Besserung	% d. Gesamtbesserungen	Zahl der Fälle	Heilung	Besserung	% der Besserungen	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	% d. Gesamtremissionen
Natürliche Malaria	3	3	—	100	14	—	12	85,7	6	1	—	16,6
Impfmalaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwefel	1	1	—	100	5	—	3	60	3	1	1	66,6
Terpentinöl	1	1	—	100	12	—	3	25	1	—	—	0
Milch	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas	—	—	—	—	2	—	—	0	—	—	—	—
Recurrens	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlegmone	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mastitis	—	—	—	—	1	—	1	100	—	—	—	—
Tuberkulose	—	—	—	—	4	—	1	25	9	—	1	11,1
Typhus abdominalis	—	—	—	—	1	—	1	100	—	—	—	—
Flecktyphus	—	—	—	—	2	—	2	100	—	—	—	—
Pneumonie	—	—	—	—	6	—	3	50	4	—	3	75
Grippe	—	—	—	—	1	—	1	100	—	—	—	—
Masern	—	—	—	—	1	—	1	100	—	—	—	—
Ulcus necroticum	—	—	—	—	1	—	—	0	—	—	—	—
Verbrennung II. Grades	—	—	—	—	1	—	1	100	—	—	—	—
Parotitis	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	0
Typhusvakzine	1	1	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—
Unbek. Infektion	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

39,6°, die 14 Tage lang dauerte, nach welcher bei ihm eine Remission auftrat, die 3 Jahre lang dauerte. Später verschlimmerte sich der Zustand; es traten Halluzinationen, Verfolgungs- und absurde hypochondrische Ideen, stuporöse Zustände und Demenzerscheinungen auf. $1^1/_2$ Jahre später letaler Ausgang.

Epilepsie (1 Fall).

Pat., 28 J. alt, wurde in die Astrachansche psychiatrische Klinik am 7. X. 1926 aus der Klinik für Infektionskrankheiten eingeliefert, wo er $1^1/_2$ Wochen wegen Typhus abdominalis in Behandlung war und gestern Krampfanfälle bekam. Nach Angabe der Verwandten leidet er schon lange an epileptischen Anfällen, die aber äußerst selten auftreten. In der psych. Klinik ist die Temperatur bei der Aufnahme 38,4°. Krampfanfälle epileptischer Natur folgen fast ununterbrochen einer nach dem anderen; bewußtloser Zustand. Tod nach 9 Stunden.

Digitized by Google

X.

Einwirkungen nach Krankheitsformen.

Progressive Paralyse				Lues cerebri				Epilepsie				Insgesamt			
Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	% d. Gesamtremissionen	Zahl der Fälle	Vollkommene Remissionen	Leichte Remissionen	% d. Gesamtremissionen	Zahl der Fälle	Besserungen	Verschlechterungen	% der Besserungen	Zahl der Fälle	Heilungen	Remissionen	% d. Gesamtbesserungen
5	2	1	60	—	—	—	—	—	—	—	—	28	3	16	68
7	1	—	14,4	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	14,4
18	1	4	27,7	—	—	—	—	—	—	—	—	27	1	10	40,8
1	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	15	1	3	26,6
1	—	1	100	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	100
1	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	0
1	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	0
1	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	0
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	100
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	2	15,4
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0	2	—	1	50
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	100
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	6	60
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	100
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	100
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	0
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	100
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	0
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	100
—	—	—	—	1	1	—	100	—	—	—	—	1	—	1	100

Es rief also hier der Abdominaltyphus bei einem Epileptiker einen Status epilepticus hervor, der rasch zum letalen Ende führte. Wir beobachteten einen ähnlichen Fall vor 15 Jahren in Cherson bei einem Individuum in den 50er Jahren, bei dem im früheren Leben keine epileptischen Anfälle vorkamen und bei dem während eines Abdominaltyphus starke epileptische Anfälle in Form eines Status epilepticus auftraten. Es wurden also durch die Infektion epileptische Anfälle bei einer Epilepsie provoziert, die im latenten Zustande war.

Wir sehen also in unseren 105 Fällen von der Wirkung des Fiebers ein günstiges Resultat in 53 Fällen, d. h. in 50,5%, wobei das beste Resultat die akuten Psychosen geben (in 100% vollkommene Genesung), sodann das man.-depressive Irresein: 62% Heilungen (hinsichtlich der Anfälle). Weniger günstige Resultate sowohl hinsichtlich der Zahl der Fälle als auch des Besserungs-

Digitized by Google

grades geben die progress. Paralyse (30,3%) und die Dem. praecox (27,3% Remissionen). Lues cerebri (1 Fall) gab eine längere Remission.

Wir wollen zunächst betrachten, wovon die günstige Wirkung der pyrogenetischen Mittel resp. der Infektionskrankheiten auf der Verlauf der Psychose abhängt.

Nehmen wir zunächst die progress. Paralyse, an der am meisten und längsten Versuche, hauptsächlich vermittels der Malaria, gemacht wurden. Nach Ansicht von *Gerstmann* und anderen Autoren sollen den klinischen Besserungen nach Malariabehandlung anatomische Veränderungen des paralytischen Prozesses im Gehirn im Sinne eines Überganges zu einem gutartigeren Zustand zugrunde liegen. *Sträußler* und *Koskinas* fanden bei der Sektion von 3 Gehirnen von mit Malaria behandelten und im Stadium der Remission gestorbenen Paralytikern keine für die Paralyse charakteristischen entzündlichen und progressiven Erscheinungen. Die anderen Forscher aber, wie *Spielmeyer, Kirschbaum, Benedek* und *Kiß* u. a., fanden keine solchen Veränderungen, so daß es, zurzeit wenigstens, durchaus nicht erwiesen ist, daß die Malariaremissionen der Paralytiker eine anatomische Grundlage haben.

Hauptmann hält dafür, daß beim Paralytiker eine immune Schwäche des Organismus, seines Hirngewebes vorhanden sei, infolge deren kein erfolgreicher Kampf mit der Spirochäta pallida stattfinden könne. Der gleichen Ansicht von der immunen Schwäche der Paralytiker, aber auf anatomischer Grundlage, ist auch *Jakob*. Nach Ansicht dieser letzteren Autoren besteht die Rolle der Malaria und des Recurrens bei ihrer Wirkung auf die Paralyse darin, daß sie die Abwehrkräfte des Organismus wieder heben, die immune Fähigkeit desselben und auch die immunen Kräfte des Hirngewebes steigern. Diese Theorie von der immunen Schwäche der Paralytiker wird aber nicht von allen Autoren geteilt, und es bleibt auch deswegen die Ansicht über die Hebung der immunen Kräfte des Paralytikers bei Behandlung desselben mit Infektionskrankheiten strittig.

Die günstigen Resultate von der Paralysebehandlung durch den Rückfalltyphus schreiben *Plaut* und *Steiner* dem Umstand zu, daß die durch den Recurrens gegen die Recurrensspirillen hervorgerufenen Antikörper auch auf die den letzteren verwandten Spirochäten der Lues wirken müssen. *Schilling* nimmt einen Antagonismus zwischen der Lues und der Malaria, ein entgegenwirkendes Spiel zwischen ihren Toxinen und Antitoxinen, an. Ein solcher antagonistischer Kampf zwischen den Erregern der Infektionskrankheiten untereinander, zwischen ihren Toxinen und Antitoxinen, findet höchstwahrscheinlich, wenigstens in einigen Fällen, wirklich statt. Aus der eigenen Praxis kenne ich einige Fälle, die

Digitized by Google

ich während der Flecktyphusepidemie in Rußland i. J. 1918 und 1919 beobachtete. Kranke, die an der aktivsten Tuberkulose in einem weit fortgeschrittenen Stadium litten, erkrankten an einem Flecktyphus, den sie merkwürdigerweise nicht nur gut überstanden, sondern sie erholten sich auch von der Tuberkulose, wenigstens von deren aktiven Symptomen; wie lange diese Besserung der Tuberkulose dauerte, konnte ich allerdings nicht verfolgen. Dr. *Anna Skliar,* Ärztin des Astrachanschen venerologischen Dispensaires, erzählte uns von 3 in dieser Hinsicht charakteristischen Fällen, die sie beobachtete. 2 Frauen waren im Astrachanschen venerologischen Dispensaire wegen einer gonorrhöischen Cervicitis und Urethritis in Behandlung; während der Behandlung erkrankte die eine Pat. an einem Abdominaltyphus, die andere an einer Malaria; als die Patientinnen nach den von ihnen überstandenen Krankheiten zur Fortsetzung der Kur in das Dispensaire kamen, so zeigte es sich, daß die Erscheinungen der gonorrhöischen Cervicitis (und Urethritis) verschwanden. Der dritte Fall betrifft ein 3jähriges Mädchen, das sich von ihrer Mutter mit einer Gonorrhöe ansteckte, wegen welcher es im Dispensaire einige Zeit in Behandlung war, aber die Kur nicht zu Ende führte, da das Kind an Scharlach erkrankte. Darnach gingen bei der Kranken alle Symptome der Gonorrhöe vorüber, trotzdem sie während des Scharlachs die Gonorrhöe unbehandelt ließ. Daß aber nicht in allen Fällen solche Erscheinungen stattfinden, beweist der Fall einer Ansteckung an einer Gonorrhöe in der Kinderabteilung des Astrachanschen Infektionskrankenhauses von 12 Kindern, die an Scharlach litten.

Was aber gegen alle diese immunen und mikrobiologischen Theorien spricht, ist der Umstand, daß gegen Paralyse nicht nur die Malaria und der Recurrens, sondern auch andere Infektionskrankheiten und nichtbakterielle, chemische Mittel, wie Schwefel, Pyrifer, Benzinol u. a., ebenso gute Resultate geben.

Gegen diese Ansichten spricht ferner der Umstand, daß alle diese Mittel, sowohl bakterielle als auch chemische, nicht nur auf die Paralyse, sondern auch auf die Dem. praecox und besonders gut auf die akuten Psychosen und das man.-depressive Irresein, und zwar nicht nur im Sinne von Remissionen, sondern von vollständigen Heilungen, d. h. auf Krankheiten wirken, bei denen von Mikroorganismen als Erregern der Krankheit gar keine Rede sein kann.

Wovon hängt die günstige Wirkung dieser Mittel auf die Dem. praecox ab? Nach *Bonvicini* und *Menninger v. Lerchenthal* sei der Schizophrenie eine Vagotonie eigen; bei der Behandlung aber der Dem. praecox mit der Typhusvakzine, die *Menninger v. Lerchenthal* anwendete, sollen Hyperleukocytose und Spannungs-

Digitized by Google

steigerung des Pulses, d. h. Symptome einer Sympathicotonie, auftreten, die hier als günstiger Faktor erscheinen. Nun besteht beim man.-depressiven Irresein keine Vago-, sondern eine Sympathicotonie, gegen welche die Fiebermittel dennoch eine noch günstigere Wirkung als bei der Dem. praecox ausüben.

Nasse, *Drecker* u. a. schreiben die günstige Wirkung der Infektionskrankheiten auf die Psychosen den Veränderungen der Blutzirkulation, besonders im Gehirn, zu. *Schilling*, *Hoffmann*, *Rubitschung* machten Untersuchungen des Blutes während der Malariaimpfung und fanden eine große Änderung des Blutbildes.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß, während der Malaria und anderer Infektionskrankheiten Veränderungen der Blutzirkulation, des Pulses vorkommen, ja es finden dann Veränderungen im Stoffwechsel, in der inneren Sekretion u. dgl. statt, die auf das zentrale Nervensystem wirken. Diese Erscheinungen sind aber unseres Erachtens nicht primärer, sondern sekundärer Natur und hängen vom Fieber ab, das sowohl von den chemischen Mitteln als auch von den Infektionskrankheiten gleich hervorgebracht wird und das nicht nur auf die Blutzirkulation, den Stoffwechsel, die innere Sekretion usw., sondern sogar auf die Krankheitserreger, z. B. die Spirochäta pallida selbst, wie die experimentellen Ergebnisse von *Weichbrodt* und *Jahnel* bewiesen haben, wirkt. Wir meinen sogar, daß die Temperaturerhöhung auch unmittelbar direkt auf das zentrale Nervensystem, auf dessen Funktionen im hemmenden oder erregenden Sinne wirken muß. Bei den Infektionskrankheiten kommt noch der Einfluß der Krankheitserreger und Toxine hinzu.

Die gleichen Verhältnisse, d. h. der Einfluß von den Mikroorganismen, Toxinen und der Temperaturerhöhung, ein direkter sowohl, als auch ein indirekter durch eine Veränderung des Stoffwechsels, der Blutzirkulation, der inneren Sekretion usw., die auf das zentrale Nervensystem, hauptsächlich das Bewußtseinszentrum wirken, liegen ja auch einer ganz entgegengesetzten Erscheinung zugrunde, wonach Infektionskrankheiten bei psychisch gesunden, wenn auch nervösen Individuen Psychosen hervorrufen.

Der Einfluß ist aber nicht in allen Fällen der gleiche. Von welchen Bedingungen hängen die verschiedenen Resultate bei der Fiebertherapie ab?

Zunächst die Krankheitsform. Wir sahen, daß das günstigste Resultat die akuten Psychosen geben (100%), nachher das man.-depressive Irresein (62%), bei denen Heilungen vorkommen (bei den akuten Psychosen — hinsichtlich der gegebenen Krankheit, beim man.-depressiven Irresein hinsichtlich des gegebenen Anfalls). Dies hängt davon ab, daß diese Krankheitsformen resp. Krankheitszustände heilbar sind, und die pyrogenetischen Mittel

Digitized by Google

resp. Infektionskrankheiten den Verlauf der Krankheit abkürzen oder jedenfalls das Auftreten der Besserung begünstigen. Viel weniger günstige Resultate geben die organischen Psychosen: die progress. Paralyse (30,3%) und die Dem. praecox (27,3%). Heilungen kommen hier nicht vor, da diese Krankheiten unheilbar sind; es treten nur Remissionen auf, in wenigen Fällen — vollkommenere und von längerer Dauer, in den meisten Fällen aber leichte und kurzdauernde, die auch spontan auftreten können, zwar in geringerer Zahl, als unter der Einwirkung von pyrogenetischen Mitteln, die das Auftreten von Remissionen nur begünstigen, möglicherweise auch vertiefen und verlängern.

Verschiedene Resultate treten auch auf je nach den Untergruppen dieser oder jener Krankheitsform. Beim man.-depressiven Irresein geben die periodisch auftretenden, transitorischen Formen unter der Fiebereinwirkung in den meisten Fällen ein günstiges Resultat (in 85,7% der Fälle), und die protrahierten Formen geben ein ebenso ungünstiges Resultat (in zirka 86%). Die ungünstigen Resultate in den Fällen der Mischzustände und der Involutionsmelancholie hängen davon ab, daß sie einen protrahierten Charakter tragen. Die weniger günstigen Resultate in unserem Material der manischen wie der melancholischen Zustände lassen sich ebenfalls dadurch erklären, daß bei uns unter den ersteren eine größere Zahl von protrahierten Fällen vorkommt, als unter den letzteren. Daraus folgt klar und unzweideutig, daß das Fieber eine günstige Wirkung in periodischen Fällen ausübt, die eine Tendenz zur Heilung, wenn auch zeitweiliger, aufweisen, während dasselbe in protrahierten Fällen, wo eine entgegengesetzte Tendenz zutage tritt, in den meisten Fällen ungünstig wirkt. Bei der Dem. praecox geben in unseren Fällen die zirkuläre und paranoide Form, bei denen die psychischen Funktionen nicht so tief gestört und zu einiger Restitution noch fähig sind, nach Fiebereinwirkung häufigere Remissionen, als die katatonische und hebephrenische Form, bei denen die veränderten psychischen Funktionen, wahrscheinlich infolge tieferer und irreparablerer materieller Hirnprozesse, weniger leicht wiederhergestellt werden können. Bei der progress. Paralyse gab bei uns die expansive Form, bei der auch ohne Behandlung spontan am häufigsten Remissionen vorkommen, mehr Remissionen, als die demente Form (andere Formen sind bei uns in nur sehr geringer Zahl vorhanden).

Die Verschiedenheit der Resultate hängt auch vom Stadium der Psychose ab, währenddessen das Fieber auftrat. *Wahlmann*, *Jaschke* und andere Autoren sind der Ansicht, daß am günstigsten für die Malariabehandlung die Fälle erscheinen, bei denen die Psychose bis zur Einleitung der Therapie von kürzerer Dauer war. Solche Behauptungen, die für alle Psychosen Geltung haben sol-

Digitized by Google

len, halten wir für unrichtig. Für die akuten Psychosen und die periodischen Formen des man.-depressiven Irreseins wird dies in einigen Fällen zutreffen, in anderen aber nicht. Es kommt nämlich in nicht seltenen Fällen hauptsächlich des manisch-depressiven Irreseins (periodisch verlaufender Formen) vor, daß, wenn das Fieber in einem sehr frühen Stadium der Psychose auftrat, als der Prozeß noch in der Entwicklung begriffen war und eine Tendenz zum Weiterfortschreiten hatte, dasselbe auf den Verlauf der Geistesstörung keinen günstigen Einfluß hatte und daß es im Gegenteil zu einem günstigen Resultat in Fällen kommen kann, wenn das Fieber in einem späteren Stadium auftrat, als der Krankheitsprozeß den Höhepunkt überschritten hat und im Sinken begriffen war. In Fällen des man.-depressiven Irreseins mit protrahiertem Verlauf wird die Fieberbehandlung unabhängig vom Stadium der Psychose erfolglos bleiben. Wenn wir aber die progress. Paralyse nehmen, so gibt wirklich die Fieberbehandlung, die im Anfangsstadium der Psychose vorgenommen wurde, günstigere Resultate (Remissionen in 73% der Fälle) als im Spätstadium (17% Remissionen). Bei der Dem. praecox sehen wir auch eine größere Zahl der Remissionen bei der Behandlung im Früh- als im Spätstadium; der Unterschied aber ist nicht besonders groß (33,3% : 25%). Es besteht bei der Dem. praecox überhaupt keine so strenge Abhängigkeit zwischen den Resultaten der Behandlung und dem Stadium der Psychose, wie wir es bei der Paralyse sehen. Es rührt wahrscheinlich davon her, daß bei der Dem. praecox, besonders bei einigen Formen derselben, z. B. der katatonischen, der Krankheitsprozeß rasch tiefe, feste, irreparable Veränderungen hervorruft, während bei der Paralyse die pathologischen Veränderungen sich langsam ausbilden, ausgenommen die agitierten und galoppierenden Formen, bei denen doch auch keine oder wenigstens sehr selten Remissionen beobachtet werden.

Der Unterschied in den Resultaten hängt noch von der Art der Fiebereinwirkung ab. Bei den akuten Psychosen (6 Fälle) trat nach den verschiedensten Fiebereinwirkungen (in 3 Fällen Malaria; Einspritzungen von Schwefel, Terpentinöl und Typhusvakzine je 1 Fall) in gleicher Weise vollkommene Heilung auf. Beim manisch-depressiven Irresein sehen wir, daß die Malaria bessere Resultate gibt als Schwefel und Terpentinöl. Wir sahen aber andererseits, daß das verschiedene Resultat, hervorgerufen durch die verschiedenen pyrogenetischen Mittel resp. Infektionskrankheiten, nicht so von der Art der Fiebereinwirkung an und für sich, als von anderen Nebenmomenten, wie Form und Stadium der Psychose, abhängt. Bei der Paralyse war zwischen den Resultaten der Malaria- und Schwefeleinwirkung kein Unterschied vorhanden; ein Unterschied, und ein ziemlich bedeutender, war in

Digitized by Google

den Resultaten zwischen der Impf- und der natürlichen Malaria zu konstatieren, der sich aber dadurch erklären ließ, daß die Impfung der Malaria in der großen Mehrzahl der Fälle in der Spätperiode der Psychose vorgenommen wurde, und die natürliche Malaria in den meisten Fällen im Anfangsstadium der Krankheit auftrat. Bei der Dem. praecox gab ein relativ günstiges Resultat die natürliche Malaria (33,3%), ein etwas schlechteres Resultat — die Tuberkulose (22,2%). Aber auch hier sahen wir, daß das verschiedene Resultat hauptsächlich von der Form der Psychose abhing. Schwefel- und Pneumoniefälle, die günstigere Resultate gaben, sind bei uns nur in geringer Zahl vorhanden.

Das Alter spielte bei sämtlichen Psychosen hinsichtlich der Resultate keine besondere Rolle.

Im allgemeinen muß gesagt werden, daß das Resultat einerseits von dieser oder jener Art der Fiebereinwirkung abhängt, mit der eine bestimmte Höhe der Temperatur, eine bestimmte Dauer derselben verbunden ist; von Wichtigkeit ist noch dabei, ob hier lebende Erreger, wie bei Infektionskrankheiten, oder Intoxikationen durch chemische Mittel im Spiele sind. Hauptsächlich aber wird andererseits das Ergebnis der Einwirkung von der Form der Psychose, auf die diese Fieberprozesse wirken, von der Unterart, vom Stadium derselben abhängig sein.

Nun kommen aber Fälle vor, bei denen die Resultate der Fiebereinwirkung aus den hier angegebenen bestimmten Bedingungen nicht gefolgert werden, ja manchmal sogar denselben direkt widersprechen können. So trat bei uns in 1 Falle der Paralyse in expansiver Form, die am häufigsten zu Remissionen geneigt ist, nachdem dem Pat. im Anfangsstadium der Krankheit, als noch keine ausgesprochenen paraytischen Symptome waren, 10 Schwefeleinspritzungen gemacht wurden, nicht nur keine Remission auf, sondern die Krankheit fing erst recht an zu progressieren; es trat ein blühender Größenwahn auf: habe Millionen, viele Diamanten, reise auf den Himmel, sein Vater sei Gott usw. Ebenso verschlimmerte sich der Krankheitszustand bei einem anderen Paralytiker in expansiver Form nach 10 Schwefeleinspritzungen, die im Beginn der Krankheit gemacht wurden. In einem dritten Fall wurde einem Pat. in expansiver Form der Paralyse im Anfangsstadium der Krankheit eine Impfung einer Malaria tertiana nebst tropica gemacht, die 15 Anfälle mit sehr hoher Temperatur gab; der psychische Zustand wurde aber unbeeinflußt; $^1/_2$ Jahr später trat beim Pat. Recurrens auf, was aber auch keine Besserung des Zustandes nach sich zog. In einem vierten Fall trat ein Paralytiker der dementen Form zu uns in poliklinische Behandlung im Anfangsstadium der Krankheit, als nur somatische (neurologische) und keine ausgesprochenen psychi-

Digitized by Google

schen Symptome zu beobachten waren. Seit August 1929 bis Juni 1930 wurden ihm 30 Schwefeleinspritzungen (in 3 Serien à 10 Einspritzungen) gemacht, die eine sehr hohe Temperatur gaben. Trotzdem blieb der Zustand zunächst stationär und verschlechterte sich nachher bedeutend; Pat. wurde unruhig, fing an, absurde Ideen hypochondrischer Natur auszusprechen; die Demenz nahm zu. In einigen anderen Fällen der Paralyse beobachteten wir ein ganz entgegengesetztes Bild. So trat in 1 Falle eine gute Remission, die bereits $4^1/_2$ Jahre lang dauerte, bei einem Paralytiker in expansiver Form nach einer im weit fortgeschrittenen Stadium der Psychose (am Ende des zweiten Jahres der Krankheit) überstandenen natürlichen Malaria auf. In 2 anderen Fällen trat bei Paralytikern (1 in dementer, der andere in expansiver Form) eine Remission von 5 und 6 Monaten Dauer nach wenigen, im Blütestadium der Psychose angewendeten Schwefeleinspritzungen (in 1 Falle 7, im anderen 8) ein. Um Raum zu ersparen, können wir weitere Beispiele ähnlicher Art aus dem Gebiete des man.-depressiven Irreseins und der Dem. praecox hier nicht anführen.

In diesen Fällen muß angenommen werden, daß dabei eine bestimmte Konstitution des Individuums, mit der ja eigentlich die Neigung zum Auftreten dieser oder jener Krankheitsform zu einem bestimmten Verlauf und Ausgang verbunden ist, eine Hauptrolle spielt.

Damit wollen wir nicht sagen, daß die Infektions- und Fieberbehandlung keine Bedeutung hat und daß wir auf diese Behandlungsarten verzichten müssen. Durchaus nicht. Bei den organischen Psychosen können wir durch diese Behandlung Remissionen, mehr oder weniger vollkommene, von mehr oder weniger langer Dauer erzielen, bei der Paralyse — häufiger, bei der Dem. praecox — seltener. Die Aussichten auf einen günstigen Ausgang steigen, wenn die Behandlung in frischeren, als in späteren Stadien der Krankheit vorgenommen wird, bei einigen Formen dieser Psychosen, die zu Remissionen geneigter sind, eher, als bei Unterarten, die wenige oder gar keine Remissionen geben. Beim manisch-depressiven Irresein können wir durch die Fieberbehandlung in vielen periodisch verlaufenden Fällen den Anfall geradezu koupieren, wenn wir freilich dadurch auch das Auftreten späterer Anfälle nicht verhindern können. Bei akuten Psychosen können wir direkt auf Heilung der Krankheit rechnen.

Welches pyrogenetische Mittel am wirksamsten erscheint, weniger schädliche Nebenwirkungen hat, in technischer Hinsicht bequemer zu handhaben ist, kann durch weitere Versuche erprobt werden. Von den gegenwärtig gegen die Paralyse angewendeten Mitteln geben die Schwefelinjektionen die gleichen Resultate, wie die Impfung mit Malaria oder Recurrens. Bei der Schizo-

Digitized by Google

phrenie, die längerer Behandlung bedarf, erscheint die Anwendung der Typhusvakzine oder des Schwefels am wirksamsten. Beim man.-depressiven Irresein und besonders bei akuten Psychosen (der Amentia), auf die jede Fieber- oder Infektionsbehandlung einen günstigen Einfluß hat, werden alle pyrogenetischen Mittel wirksam sein; wir halten es aber für zweckmäßig, diese Krankheiten lieber mit chemischen Mitteln zu behandeln, statt den Organismus unnötigerweise der Infektion auszusetzen.

Ergebnisse:

Unser Material von 105 Fällen (akute Psychosen 6 Fälle, man.-depressives Irresein 42 Fälle, Dem. praecox 22, progress. Paralyse 33, Lues cerebri 1 Fall, Epilepsie 1 Fall), bei denen im Verlauf der Psychose Infektionskrankheiten (Malaria, Pneumonie, Lungentuberkulose, Recurrens, Gesichtsrose, Parotitis, Mastitis usw.) auftraten oder pyrogenetische Mittel, wie Einspritzungen von Schwefel, Terpentinöl, Milch, Malariaimpfung angewendet wurden, ergibt, daß dieselben einen Einfluß auf den Verlauf der Psychose haben. Das allergünstigste Resultat hatten sie bei den akuten Psychosen (100%), dann beim man.-depressiven Irresein (62%); bei den organischen Psychosen ergaben sich weniger günstige Resultate; hier sehen wir keine eigentlichen Heilungen, sondern nur Remissionen; auch ist die Zahl der Besserungen bei denselben eine viel geringere als bei den funktionellen Psychosen: bei der progress. Paralyse 30,3% und bei der Dem. praecox 27,3%.

Der günstige Einfluß von den pyrogenetischen Einwirkungen auf alle Psychosen, sowohl organischen wie funktionellen, kommt durch die Veränderungen in der Blutzirkulation, im Stoffwechsel, in der inneren Sekretion usw. zustande, die auf das zentrale Nervensystem wirken und durch die Temperaturerhöhung, bei den Infektionskrankheiten außerdem noch durch die Toxine hervorgerufen werden.

Die Verschiedenheit des Ausganges der Psychose nach den Fiebereinwirkungen hängt einerseits von der Art des pyrogenetischen Mittels resp. der Infektionskrankheit, andererseits von der Form, der Unterart, dem Stadium der Psychose ab, währenddessen die Fieberbehandlung angewendet wurde resp. die Infektionskrankheit auftrat, hauptsächlich aber von der Konstitution des Individuums, von der inneren Veranlagung zu diesem oder jenem Ausgang.

Damit wird keinesfalls die große Bedeutung der Infektions- und Fieberbehandlung der Psychosen verringert. Wenn man diese

Digitized by Google

Einwirkungen für keine spezifischen halten kann, so sind sie doch als sehr wichtige und wertvolle Behandlungsmittel anzusehen, bei deren Anwendung Aussicht vorhanden ist, bei organischen Psychosen (progress. Paralyse und Dem. praecox) in einigen Fällen Remissionen zu erhalten, bei funktionellen Psychosen aber (verschiedenen Amentiaformen und man.-depressivem Irresein) direkt Heilungen hervorzurufen (beim man.-depress. Irresein hinsichtlich des periodisch aufgetretenen Krankheitszustandes, bei der Amentia hinsichtlich der Krankheit im ganzen).

Literatur.

Benedek: »Der heutige Stand der Behandlung der progress. Paralyse«, Abhandl. a. d. Neurol., Psychiatr, Psychol. u. i. Grenzgebiete, 1926, H. 34.
Benedek, L., und *Kiß, J.:* Ps.-Neurol. Wchschr. 1927, Nr. 2.
Blume, G.: Ps.-Neurol. Wchschr., 1928, Nr. 12.
Bleuler, E.: »Lehrbuch der Psychiatrie«, 1930, 5. Aufl.
Bumke, Osw.: »Lehrbuch der Geisteskrankheiten«, München 1929, 3. Aufl.
Friedländer: »Über die Anwendung pyrogenetischer Mittel in der Psychiatrie«, Arch. f. Psych., Bd. 52.
Fabinyi, R.: Ps.-Neurol. Wchschr., 1927, Nr. 2.
Gerstmann: »Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse«, Wien 1928, 2. Aufl.
Gerstmann: W. Kl. W., 1925, S. 345.
Jaschke, O.: Ps.-Neurol. Wchschr., 1929, Nr. 12.
Kraepelin: »Psychiatrie«, 8. Aufl., Bd. III, 1912.
Menninger v. Lerchenthal: Ztschr. f. Neurol. u. Psych., 1925, Bd. 97, H. 3—4.
Menninger v. Lerchenthal: Ztschr. f. Neur. u. Psych., Bd. 107, H. 1—2.
Menninger v. Lerchenthal: Ps.-Neurol. Wchschr., 1927, Nr. 23.
Menninger v. Lerchenthal: M. m. W., 1929, Nr. 26.
Marcuse und *Kallmann:* Nervenarzt, 1929, Nr. 3.
Meyer, Fr.: Ps.-Neurol. Wchschr., 1928, Nr. 43.
Malkin, P., Mitkewitsch, E., und *Rogatschew, J.:* »Die Malariatherapie der progr. Paralyse und der syphilitischen Psychosen«, Journ. der Neuropathol. u. Psych., 1930, Nr. 6 (russisch).
Nasse: Allgem. Ztschr. f. Psych., 1864.
Ochs: Arch. f. Psych., 1878, S. 249.
Schröder: Kl. W. 1927, Nr. 46.
Schröder: Kl. W. 1928, Nr. 35.
Schröder: Ps.-Neurol. Wchschr., 1929, Nr. 27.
Stiefler, G.: W. Kl. W., 1927, Nr. 34.
Wagner-Jauregg: »Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen«, Jb. f. Psych., 1887.
Wagner-Jauregg: W. Kl. W., 1927, S. 1121.
Wahlmann: Ps.-Neurol. Wchschr., 1928, Nr. 48.
Warstadt: »Die Malariabehandlung der progr. Paralyse«, Halle 1926.

Digitized by Google

Warstadt: Ps.-Neurol. Wchschr., 1925, S. 383.
Warstadt: Ps.-Neurol. Wchschr., 1929, Nr. 16.
Weichsel: M. m. W., 1928, Nr. 5.
Wolochowa, N.: »Die Schwefeltherapie der Neurolues«, Obosrenje, Psych., Neurol. u. Reflexologie, 1930, Nr. 3—4 (russisch).
Stiefler, G.: Ps.-Neurol. Wchschr., 1929, Nr. 28.
Siebert, H.: Allgem. Ztschr. f. Psych., 1919, Bd. 75, H. 2.
Siebert, H.: Mtschr. f. Psych. u. Neurol., 1916, H. 4.
Loberg, K.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1930, Bd. 123, H. 2—3.

Digitized by Google

(Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz, Frankenthal; Direktor: Medizinalrat I. Kl. Dr. med. *Resch*.)

10 Jahre Schwachsinnigenschule an der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal und deren Erfolge.

Von

Assistenzarzt Dr. med. **R. Niedenthal.**

In der heutigen Zeit besteht das Bestreben, allen Kindern eine umfassende Schulbildung zu ermöglichen. Überall stößt man auf das Schlagwort vom Recht des Kindes auf einen Bildungsgang. So beachtenswert all dies für unser Volk ist, so dürfen wir gerade in der heutigen Notlage diese Bestrebung nicht übertreiben und ermutigt durch verhältnismäßig wenige, günstige Berichte nun das Hilfsschulwesen für schwachsinnige Kinder auf einer noch breiteren Basis aufbauen. Wir laufen Gefahr, das Niveau der Schulen zu verflachen und nicht zu heben. Ich weiß, daß ich mit erheblichem Widerstand gerade von heilpädagogischer Seite zu rechnen habe, da gerade die Heilpädagogik ein hohes Maß von Idealismus erfordert. Es wird jedoch weder der Heilpädagogik noch den Kindern gedient, wenn wir hier aus Idealismus keine Grenzen sehen.

Dieser Abhandlung über die Erfolge der Hilfsschule an der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal liegen die Schulakten und Krankengeschichten der Jahre 1919 bis Anfang 1930 zugrunde. Obwohl die Hilfsschule schon lange vor dem Kriege bestand, kann erst seit 1919 von einem geregelten Unterricht gesprochen werden. In Betracht kamen auch nur diejenigen entlassenen Kinder, welche die Hilfsschule nicht unter 1 Jahr besuchten.

In dem Zeitraum von 1919 bis Anfang 1930 wurden im ganzen 150 Kinder unterrichtet, und zwar:

1.	In der Vorschule	1919—1926/27:	45	Knaben und	11	Mädchen	= 56
2.	In der Schwachsinnigenschule, Unterstufe	1926/27:	3	„	—	„	= 3
3.	In der Vorschule B.	1927/30:	7	„	5	„	= 12
4.	In der Schwachsinnigenschule, Oberstufe	1927/30:	30	„	13	„	= 43
5.	In der Schwachsinnigenschule	1919/27:	15	„	11	„	= 26
6.	In der Vorschule A.	1927/30:	6	„	4	„	= 10
	Zusammen:		**106**	**Knaben und**	**44**	**Mädchen**	**= 150**

Digitized by Google

Davon wurden über 1 Jahr unterrichtet:

1. In der Vorschule	1919—	1926/27:	26	Knaben und	6	Mädchen	=	32
2. In der Schwachsinnigenschule, Unterstufe	1926/27:		3	„ „	—	„	=	3
3. In der Vorschule B.	1927—30:		5	„ „	4	„	=	9
4. In der Schwachsinnigenschule, Oberstufe	1927—30:		11	„ „	4	„	=	15
5. In der Schwachsinnigenschule	1919—27:		6	„ „	7	„	=	13
6. In der Vorschule A.	1927—30:		3	„ „	2	„	=	5
	Zusammen:		54	Knaben und	23	Mädchen	=	77

Die durchschnittliche Unterrichtszeit für 1 Kind:

geordnet nach dem obigen Schema, beträgt:

1. Vorschule	1919—1926/27:	= 3,0	Jahre
2. Schwachsinnigenschule, Unterstufe	1927/28:	= 4,33	„
3. Vorschule B.	1927/28—30:	= 4,2	„
4. Schwachsinnigenschule	1927 —30:	= 5,17	„
5. Schwachsinnigenschule	1919 —27:	= 3,6	„
6. Vorschule A.	1927 —30:	= 5,0	„

Betrachtet man die Einteilung der einzelnen Jahrgänge und Stufen, so fällt auf, daß bis heute die Schulleitung gezwungen war, mit dem zur Verfügung stehenden Material zu experimentieren, um die für das einzelne Kind beste Schulungsmöglichkeit zu finden. Diese Versuche wurden noch erschwert durch das in die Anstalt aufgenommene Material und den Mangel eines festgelegten Schuljahrbeginns.

Eine Übersicht über die Erkrankungen der einzelnen Abteilungen ergibt folgendes Bild bei den über 1 Jahr Unterrichteten:

1. Vorschule	1919—1926/27:	Epilepsie 7, Imbecillität 8, Idiotie 14, unbestimmte Diagnose 3.
2. Schwachsinnigenschule, Unterstufe	1927/28:	Epilepsie 1, Idiotie 2.
3. Vorschule B.	1927/28—30:	Epilepsie 2, Idiotie 7.
4. Schwachsinnigenschule	1927—30:	Encephalitis 1, Epilepsie 2, Imbecillität 7, Idiotie 5.
5. Schwachsinnigenschule	1919—27:	Psychosen bei Hirnerkrankungen 1, Epilepsie 2, Imbecillität 5, Idiotie 4, Encephalitis 1.
6. Vorschule A.	1927—30:	Encephalitis 1, Imbecillität 2, Idiotie 2.

Digitized by Google

Nach Krankheiten geordnet wurden also unterrichtet:

1. Psychosen bei Hirnerkrankungen	1
2. Epilepsie	14
3. Encephalitis	3
4. Imbecillität	22
5. Idiotie	34
6. Unbestimmte Diagnose	3
Zusammen:	77

Man sieht, daß bei weitem die größte Aufnahmeziffer auf die Idiotie fällt. Die Erfahrung zeigte, daß der Unterricht gerade durch diese Kranken enorm belastet wird, und daß der Erfolg bei denselben äußerst gering ist. Alles was man erreicht, ist eine Art Dressur für die primitivsten Lebensbedürfnisse, diese jedoch kann man ebensogut durch ein einigermaßen geschultes Pflegepersonal erreichen. Es bleibt bei einem Versuch ihre asoziale Natur in das Soziale umzubiegen, ein Verfangen, welches aber meist nur von wenig Erfolg gekrönt ist.

Die Imbecillen erreichen wenigstens teilweise einen gewissen Grad von Bildung, wenn sie auch zum größten Teil im späteren Leben einer steten Aufsicht und Leitung bedürfen, man kann sie wenigstens durch fortgesetzten Unterricht, durch immerwährende Anleitung zu den einfacheren Arbeiten erziehen, wenn es nicht, wie es doch immerhin sehr häufig vorkommt, nach anfänglicher guter Entwicklung plötzlich zu einem Stillstand kommt. Auch die Gefühlsentwicklung der Imbecillen vernichtet nur zu häufig die Erfolge langer Erziehungsversuche, die dann weniger an dem Intelligenzdefekt, als an der ethischen Schwäche scheitern.

Die Debilen sind für den Schulunterricht am geeignetsten, ihre geistigen Kräfte reichen aus zur Aneignung eines mehr oder weniger gut fundierten Wissens. Mit diesem Wissen, welches sie noch durch die eigene Erfahrung bereichern, operieren sie dann zwar etwas urteilsschwach, aber immerhin reicht es für bescheidene Anforderungen aus. Jedoch auch sie bedürfen immerhin einer gewissen Führung.

Aus Gründen der praktischen Einfachheit wähle ich diese Einteilung der Schwachsinnszustände, da sich in dieselbe auch das geistige Niveau der Encephalitiker, Epileptiker und anderer Geisteskranker einreihen läßt. Für alle 3 Gruppen bedeutet aber die Pubertät einen Wendepunkt, denn sie bringt sehr oft eine Umstellung des ganzen Menschen mit sich.

Interessant ist, daß eine Einteilung nach seelischen Reaktionsweisen und Charaktereigenschaften nicht weiter führt. Der Erfolg der Schule war allein von der Intelligenz des betreffenden Kindes abhängig. Jene beeinträchtigten nur den Gang der Erziehung, blieben aber für die spätere soziale Berufsbrauchbarkeit

Digitized by Google

ohne Einfluß. Man muß hierbei immer in Betracht ziehen, daß wir es mit schwachbegabten Kindern zu tun haben. Hier dreht es sich nur darum, kann das Kind soweit gefördert werden, daß es in die Familie und Hilfsschule zurückkehren kann bezw. kann das Kind durch unsere Schule soweit gebracht werden, daß es nach ihrem Besuch sich selbständig im Leben behaupten kann.

Aus all dem Angeführten und den Statistiken geht hervor, daß der Erfolg einer Schule, wie die der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal, nur sehr gering sein kann, da er zu sehr von den Zufälligkeiten des aufgenommenen Materials, von der Entwicklung der Schüler und von deren psychischen und somatischen Krankheiten bedingt ist. Des weitern kommt bei dieser Schule noch als erschwerend hinzu, daß sie durch verschiedene Umstände, wie langsamen Ausbau, Mangel und Wechsel der Lehrkräfte doch immerhin stark in ihrer Entwicklung und ihren Erfolgen gehemmt wurde. So ist es schon als einigermaßen bemerkenswert hervorzuheben, daß es ihr gelungen ist, die einzelnen Kinder in ihrer Entwicklung wenigstens soweit zu beeinflussen, daß man sie aus einer teilweise geschlossenen Anstalt in die freieren charitativen Anstalten versetzen konnte.

Von den 1919 bis Mai 1930 unterrichteten 150 Kinder wurden 134 in charitative Anstalten entlassen. In der Schule konnten dieselben wenigstens soweit gefördert werden, daß sie sich mühelos dem Rahmen dieser Anstalten anpassen und dort mit leichteren Arbeiten beschäftigt werden können. Die doch immerhin verhältnismäßig hohe Entlassungsziffer von Imbezillen unter den 134 in charitative Anstalten entlassenen Kindern wurde zum Teil aus rassehygienischen Gründen bedingt. Diese Imbezillen konnten geistig nicht soweit gefördert werden, daß man sie ohne Gefahr für sich selbst der Familie zurückgeben konnte. Für die Mädchen bestand außerhalb der Anstalt stets die Gefahr des sexuellen Mißbrauchs und für die Knaben die Möglichkeit des Geschlechtsverkehrs. Nun wissen wir aus unzähligen Arbeiten, daß der Schwachsinn überwiegend erblichen Anlagen zuzuschieben ist. Dieser Standpunkt wurde erst in der Zeitschrift für Neurologie 1930 von *Jens. Christ. Smith* erneut begründet. Interessant ist in dieser Beziehung auch die Arbeit von *Paul Popenoe* (Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Band 58 S. 328), welcher die Gefahr für die durchschnittliche Intelligenz der Bevölkerung in der Vermehrung der schwachsinnigen Familien sieht. Er konnte nachweisen, daß diese Sippen $^1/_2$mal fruchtbarer als die Familien kalifornischer Studenten sind. Da wir in Deutschland keine andern Schutzmaßnahmen vor der Vermehrung des erblichen Schwachsinns haben, so bleibt bei sexuell leicht erregbaren Imbezillen kein anderer Ausweg.

Digitized by Google

In unserer Außenfürsorge machen wir immer wieder die Erfahrung, daß mit Eheberatung hier nicht geholfen werden kann, da solche Ehen trotz aller Warnung doch geschlossen werden. Wünschenswert wäre eine »gesetzliche Anerkennung der Zulässigkeit zwangsmäßiger Sterilisation in ausgewählten Fällen«, wie sie *M. Hielscher* in seiner im Archiv für Psychiatrie Bd. 90 (1930) erschienenen Arbeit fordert.

16 Kinder konnten nach Hause oder in Familienpflege entlassen werden. Eine Rundfrage bei den Bezirksfürsorgerinnen ergab, daß keines von den 16 Entlassenen der öffentlichen Fürsorge zur Last fällt bezw. (zur Zeit ihres Lebens) zur Last gefallen war. Alle 16 fügten sich in das Familienleben und konnten sich daheim durch Handreichungen oder Arbeiten nützlich machen.

Von diesen 16 wurden unterrichtet:

1. In der Vorschule	1919—1927:	5
2. In der Schwachsinnigenschule, Unterstufe	1926—1927:	2
3. In der Schwachsinnigenschule, Oberstufe	1927—1930:	4
4. In der Schwachsinnigenschule	1927—1930:	5

Die 16 Entlassenen hatten folgende Krankheiten:

1. Epilepsie	1
2. Encephalitis	1
3. Imbecillität	9
4. Idiotie	5
	16

Die Erfolge unserer Schule sind wie aus all dem hervorgeht im Verhältnis zu der dort geleisteten Arbeit gering.

Durch eine Änderung des Aufnahmematerials ließe sich aber hierin sehr leicht eine Besserung erreichen. Zur Zeit werden von den einzelnen Fürsorgeärzten und praktischen Ärzten alle Kinder, welche an den Volksschulen und Hilfsschulen nicht mitkommen, der Anstalt überwiesen. Unter all den Aufnahmen ist aber ein viel zu großer Prozentsatz, welcher überhaupt nicht bildungsfähig ist. Würde man nun schon vor der Anstaltsaufnahme das Krankenmaterial besser sichten, und die Verstandesleistung, den Charakter, die Erblichkeitsverhältnisse beurteilen, so daß von vornherein nur bildungsfähige Kinder zur Aufnahme in die Anstalt und somit in die Schule kommen, so ginge damit für die Lehrkräfte eine enorme Entlastung Hand in Hand. Die Anfangsklassen könnten kleiner werden und für den Lehrer wäre die Möglichkeit gegeben, sich dem einzelnen Kinde mehr zu widmen.

Gewiß braucht es bei vielen Kindern einige Zeit, um mit Sicherheit sagen zu können, daß in diesem Falle eine Bildungsfähigkeit vorliegt; es finden sich aber, selbst wenn man diese zunächst

Digitized by Google

unklaren Fälle berücksichtigt, immer noch eine große Anzahl von Kindern, deren Bildungsunfähigkeit schon außerhalb der Anstalt festgestellt werden kann. Aber nach dem jetzigen Gebrauch werden diese überwiesen und nehmen somit den geistig höherstehenden Kindern den Anstaltsplatz zum wenigsten für einige Zeit weg.

In der Literatur finden sich immer wieder Arbeiten, welche für die einzelnen Grade des Schwachsinns gesonderte Schulen fordern. Abgesehen von der Kostenfrage sprechen aber auch unsere Erfahrungen gegen solche Vorschläge. Die Grenzen der einzelnen Schwachsinnsgrade fluktuieren stark und man erlebt sehr häufig, daß in verhältnismäßig kurzer Zeit sich das Niveau des einzelnen Kindes teils zum Guten, teils zum Schlechten ändert. Außerdem muß man berücksichtigen, daß sich unter den Aufnahmen doch ein erheblicher Prozentsatz organisch Kranker findet, bei denen von vornherein die Möglichkeit besteht, durch die betreffende Therapie auch die Psyche eingehend zu beeinflussen. Eine Ausnahme in der Einschulung bilden hierin nur die charakterlich Abartigen. Ich meine die Psychopathen, welche bei gänzlich normaler Intelligenz immer wieder mit den Gesetzen und Gebräuchen der Umwelt in Konflikt kommen.

Die Ergebnisse unserer Schule entsprechen denen von *Schröder* und *Heinze* (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psych. gerichtliche Medizin Bd. 80); deren Katamnesen der Gemütsbaren und charakterlich Abartigen die völlige Nutzlosigkeit der an sie gewendeten Erziehungsmaßnahmen ergeben. Daß in den weiter oben angeführten Statistiken nicht die Rede von diesen Kindern ist, liegt an dem Umstand, daß deren Schulbesuch bei keinem 1 Jahr dauerte. Für ihre Mitschüler sind sie auch eine stete Gefahr. Teils unterdrücken sie ihre Kameraden, welche ihre hinterhältige Art fürchten, teils verführen sie dieselben zu dummen Streichen, ohne selbst dabei in den Vordergrund zu treten.

Was den Unterricht an der Anstaltsschule betrifft, so besteht auch hier die übliche Einteilung in Unter- und Oberstufe. Die Unterstufe sucht die Kinder durch die verschiedensten Methoden zur Konzentration zu erziehen, sie übt die Merkfähigkeit bezw. das Gedächtnis und versucht die Kombinationsfähigkeit der Kinder zu vergrößern. In der Oberstufe wird hauptsächlich der allgemeinübliche Unterricht (Lesen, Rechnen und Schreiben) betrieben. Daneben werden die Kinder, genau so wie in der Unterstufe, zur Handfertigkeit erzogen und mit Gartenarbeit beschäftigt.

Die Heilpädagogik geht bei den schwachsinnigen Kindern in der heutigen Zeit zu weit, indem sie versucht auch diese soweit als möglich in alle Wissensgebiete einzuführen. So ideal auch dieser Gedanke ist, so spricht doch die ärztliche Erfahrung sehr gegen einen weiteren Ausbau in dieser Richtung. Mag das betreffende

Digitized by Google

Kind verhältnismäßig noch so regsam sein, so bedeutet selbst für den Debilen all sein Wissen einen Ballast, mit welchem er nicht viel anzufangen versteht, da er die Zusammenhänge nicht erfassen und ausbauen kann. Man müßte daher an den Hilfsschulen, welche in ihrem Aufbau derjenigen an unserer Anstalt ähneln, viel mehr Wert auf die praktische Tätigkeit richten, wie es hier zur Zeit geschieht. Man müßte versuchen den Zögling, wenn möglich soweit zu bringen, daß er sich draußen im Leben seinen Unterhalt als einfacher Arbeiter selbst verdienen kann. Professor *Homburger* betont immer wieder in seinen Ausführungen: »Eine Erziehung muß sich darauf gründen, daß ein Beruf ergriffen wird, für den die Begabung ausreicht». Es wird zwar immer erstrebt, den Hilfsschüler zum Handwerk auszubilden, jedoch erscheint mir, daß gerade die geistigen Fähigkeiten für das Handwerk nicht ausreichen. Dem Hilfsschüler mangelt es hier an neuen Kombinationen und hauptsächlich an der nötigen geistigen Beweglichkeit, um sich den verschiedenen Situationen anzupassen. Für einen Arbeiter reichen aber seine Kräfte viel eher, da gerade heute die Fabrikarbeit doch so spezialisiert ist, daß der Arbeiter meist ein und denselben Handgriff mechanisch ausführt. Bei einem Hilfsschüler kann man sicher besser und in kürzerer Zeit erreichen, daß er diesen Handgriff exakt ausführt, als daß er als Handwerker rein mechanisch, ohne neues zu schaffen, arbeitet.

Auch zum landwirtschaftlichen Hilfsarbeiter, sogar zur vollwertigen Arbeitskraft als Knecht kann man durch sachgemäßen Unterricht den Hilfsschülern zunächst vorbereiten und schließlich auch ausbilden. Hier bringt der Aufenthalt in der freien Luft eine Entfaltung der Körperkräfte mit sich, und die Arbeit schützt ihn vor Verkümmerung seiner Anlagen, da sie weniger gleichmäßig und eintönig ist, wie die in den Fabrikräumen. Bei den Mädchen müßte die Ausbildung für irgend einen Beruf Flickerin, Hausmädchen, Landarbeiterin möglichst früh einsetzen. Bei ihnen kommt es im Leben weniger auf das Beherrschen der Zahlenreihen, der Heimatgeographie usw. an, als auf den geschulten Blick zum Zugreifen. Selbstverständlich müssen die Lehrkräfte einer Hilfsschule, bei einer solchen Einstellung auf das praktische Leben alles aufbieten, um die Ausbildung ihrer Zöglinge nicht im Mechanischen erstarren zu lassen.

Bei dem Bericht wurde die Fortbildungsschule der Anstalt nicht berücksichtigt, da diese zu kurz besteht, um einen einigermaßen kritischen Bericht darüber geben zu können. Es soll nur erwähnt werden, daß sie von 12 Zöglingen der Abteilung I besucht wird.

Digitized by Google

(Aus der Privat-Heil- und Pflegeanstalt Branitz O.-Schl. Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. *Anders*.)

Enzephalitis und Schizophrenie.

Ein kasuistischer Beitrag zum Psychoseproblem der Enzephalitis epidemica.

Von

Dr. **Carl-Heinz Rodenberg.**

Es ist in den vergangenen Jahren viel über Enzephalitis, über Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica, über psychische Folgezustände nach Enzephalitis überhaupt und im besonderen bei Jugendlichen, und endlich auch über postenzephalitische psychotische Zustände und deren variierenden Charakter geschrieben worden, und doch ist gerade für die Gruppe der Psychosen, die im Zusammenhang, bzw. als Folge der Encephalitis epidemica auftreten, manche Frage noch ungeklärt. Es bedürfen gewisse Anschauungen und Theorien weiterer festigender Stützen durch genaue Beobachtungen an klinischem Material, d.h., an Fällen, die in ihrer ganzen Entwicklung längere Zeit beobachtet und verfolgt werden konnten.

Besonders reichliches Material lieferte *Ulrich Fleck* in seinen Arbeiten über psychische Folgezustände nach Enzephalitis bei Jugendlichen (Arch. f. Psych. 1927 Bd. 79/5) und über die psychischen Veränderungen der erwachsenen Metenzephalitiker mit Betrachtungen über die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemica überhaupt. (Arch. f. Psych. 1927 Bd. 80/3.)

Auch erbbiologische Untersuchungen liegen von oben genanntem Autor vor, die in den Ahnenreihen einer Anzahl enzephalitisch Erkrankter nach möglichen Belastungen forschen, die gegebenenfalls biologische Zusammenhänge zwischen den psychotischen Erscheinungen des Postenzephalitikers und dazu gehörigen Krankheitssymptomen ihrer Ahnen bzw. Geschwister usw. ergeben könnten und dadurch wertvolle Hinweise für die Forschung nach Disposition oder unmittelbarer Folge abgäben.

v. Domarus beschreibt halluzinatorisch-paranoide Bilder bei Metenzephalitis (Arch. f. Psych. Bd. 78, Seite 58, 1926) und *L. A. Kwint* (Charkow) veröffentlichte 1926 im Arch. f. Psych.

Digitized by Google

Bd. 78/3 das Bild einer paranoiden Variante der postenzephalitischen psychotischen Zustände, betrachtet aber die Frage, ob in seinem Fall eine latente Konstitution durch die Enzephalitis erschlossen wurde, oder ob es sich um bestimmte Kombinationsmöglichkeiten handelt, keineswegs als entschieden; er hält es also für möglich, daß die Encephalitis epidemica bei bestimmten Kombinationen qualitativer und quantitativer Veränderungen im Zentralnervensystem eine paranoide Form psychischer Störung ergeben kann.

Es ist hier nicht der Ort, das Für und Wider zu beleuchten, noch auf die Möglichkeit erbbiologischer Zusammenhänge einzugehen, zumal für letztere das genealogisch erhobene Material unseres vorliegenden Falles nicht sehr reichhaltig ist, was Häufigkeit von Psychosen schizophrenen Gepräges in der Aszendenz oder von Psychosen überhaupt anbetrifft; auch sollen hier nicht kurzgefaßte Inhaltsangaben anderer ähnlicher oder viel umfassenderer Arbeiten aufgeführt werden, es sei vielmehr der Fall, wie er sich bisher in unserer Anstalt bot, eingehend beschrieben und zur Diskussion gestellt. Eine kurze Zusammenstellung der engeren einschlägigen Literatur wird am Ende der Arbeit aufgeführt sein.

Es handelt sich um einen jetzt 20 Jahre alten jungen Mann, der am 5. April 1927 im Alter von 16 Jahren in unserer Anstalt eingeliefert wurde.

Zur Vorgeschichte sei kurz folgendes bemerkt:

Anamnese:

Der Vater des Patienten fiel im Kriege 1917 in Rußland. Die Mutter starb 1918 angeblich an einer Grippe. Seine Geschwister sind gesund. Ein Onkel väterlicherseits soll ein Taugenichts gewesen sein. (Näheres nicht zu erfahren.) Eine Kousine des Patienten (mütterlicherseits) weilte vom 26. 5. 1928—30. 5. 1928 und vom 3. 8. 1928—22. 9. 1928 in unserer Anstalt in Behandlung wegen Schizophrenie. In deren Familie sollen ein Onkel und ein Vetter der Großmutter mütterlicherseits geisteskrank geworden sein, und zwar der Vetter mit 20 Jahren. Die Mutter der Kousine wird als »nervös« geschildert. Ein Vetter des Patienten, der Bruder der oben aufgeführten Base, ist seit dem 30. 10. 1930 in unserer Anstalt, nachdem er schon vorher in der Breslauer Univ. Nervenklinik und in einem Sanatorium in Obernigk (Schlesien) in Behandlung war. Völlig katatones Zustandsbild (Stupor, Negativismus, zeitweise Nahrungsverweigerung, muß zu Zeiten mit der Sonde genährt werden, liegt in den groteskesten Haltungen und Stellungen im Bett usw.), Dementia praecox.

Der Patient, P. H., ist am 2. 1. 1911 zu N. Kreis P. geboren. Er war bis zum 8. Lebensjahre angeblich vollkommen gesund und geistig gut beanlagt. Im 9. Lebensjahre erkrankte er an Kopf-

Digitized by Google

grippe. Danach wurde er sehr bald auffällig. Patient fing an zu stehlen und zu lügen, suchte den Verdacht für seine Stehlereien auf unschuldige Personen abzulenken, fing an zu schwindeln und fiel durch große Unbeständigkeit auf. Bösartig und aggresiv war der Patient damals angeblich nicht.

Vom 10. bis zum 14. Lebensjahre war H. in Waisenhäusern und Fürsorgestiften untergebracht, kam jedoch mit seiner Umgebung in Konflikt, sammelte dort aus eigenem Antrieb für ein Kloster Geld und verbrauchte dieses Geld für sich und lief dann schließlich eines Tages fort.

In einem anderen Stift wurde H. in der Gärtnerei beschäftigt. Nachdem es dort kurze Zeit ausreichend gut ging, wurde der Patient auch von dort auf die Bitten des dortigen Direktors wieder abgeholt und kam schließlich am 5. April 1927 in unsere Anstalt.

In dem bei der Einweisung vorgelegten ärztlichen Zeugnis wird bescheinigt, daß H. im 9. Lebensjahr an Kopfgrippe erkrankt gewesen sei und bald danach Charakterveränderungen im Sinne der »moral insanity« gezeigt habe.

Die Anstaltsaufnahme sei wegen »psychopathischer Mängel« erforderlich.

Bei der Aufnahme fällt zunächst auf, daß der Patient den Kopf fast ständig nach links dreht und ihn dabei etwas zur Seite neigt. Der Patient gibt dazu an, daß der Grund dafür entweder der sei, daß man ihn im Erziehungsheim oft geschlagen habe, oder daß ihn vielleicht ein Mann hypnotisiert habe, der immer mit dem Kopf gewackelt habe, und den er dabei beobachtet habe.

Auf der Abteilung verhält sich der Patient zunächst ganz ruhig und geordnet, beschäftigt sich, soweit es auf der Station möglich ist, antwortet prompt und ausreichend auf alle Fragen, ist örtlich und zeitlich durchaus orientiert und zeigt ausreichende Schulkenntnisse. Die Stimmung ist gleichmäßig; Schlaf und Nahrungsaufnahme gut.

Der körperliche Befund bietet nichts Abnormes. Der Patient ist 1,59 cm groß, wiegt 48 kg, und ist mehr grazil gebaut. Lunge und Herz arbeiten regelrecht. Die Untersuchung der Abdominalorgane ergibt keinen pathologischen Befund.

Auch neurologisch kann nichts Besonderes festgestellt werden.

Die Hirnnerven sind o. B.

Die beiderseits gleichrunden Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz.

Die Sehnenreflexe sind lebhaft, beiderseits gleich. Bauchdecken- und Fußsohlenreflexe sind gut auslösbar.

Die Sensibilität ist intakt, spitz und stumpf wird gut unterschieden. Der Gang ist unauffällig. Die Sprache klingt artikulatorisch nicht ganz rein.

Digitized by Google

Der abnormen Kopfhaltung scheint eine gröbere anatomische Läsion nicht zugrunde zu liegen. Es gelingt dem Patienten, den Kopf willkürlich nach allen Seiten zu bewegen, nur zeigt er immer wieder das Bestreben, die nach links seitlich gedrehte und abwärts geneigte Haltung einzunehmen.

In der ersten Zeit seines Aufenthaltes in der Anstalt verhält sich der Patient auch weiterhin ruhig, ist folgsam, anscheinend gutmütig. Es fällt jedoch das etwas reichlich kindliche Verhalten des 16jährigen Jungen auf; so fragt er z. B. während einer Exploration immer und immer wieder, wie lange er noch in der Anstalt bleiben solle und was ihm eigentlich fehle usw.

Patient erhält Atropinpillen.

Nach Ablauf der ersten 2—3 Wochen wird H. dann aber in seinem Wesen wie umgewandelt. Er zeigt sich von einer ganz anderen Seite, als man bisher von ihm gewohnt ist. Er fängt an, dreist und frech zu werden, besonders gegen ältere Mitpatienten; stößt andere vom Stuhle, schimpft auf sie: »Geh weg, hier ist mein Platz«, nennt einen jüdischen Mitpatienten: »Stinkiger Jude« usw. Er nörgelt herum, hat an allen Mitpatienten etwas auszusetzen, ist sehr reizbar und jähzornig. Ist wegen des Essens nicht zufrieden und droht, sich umbringen zu wollen.

Immer wieder fragt er, wann er entlassen werden würde, auch wenn man ihm eben erst Antwort erteilte.

Er wird dann wieder antriebsschwach, hat kaum Interessen und anscheinend sehr großes Ruhebedürfnis; schläft viel.

Die üblichen Intelligenzprüfungsfragen beantwortet er auch weiterhin ausreichend.

Die psychopathischen Züge entwickeln sich während der weiteren Monate seiner Anstaltsbehandlung immer mehr. Er fällt durch reizbares, eigensinniges Wesen auf, ist sehr unfolgsam, trägt ein anmaßendes Verhalten gegenüber seinen Mitpatienten zur Schau und ist für sein Alter von fast 17 Jahren entschieden reichlich kindisch, fast albern. Die höheren intellektuellen Fähigkeiten sind zweifellos nicht sehr weit entwickelt.

Auch im Jahre 1928 bestehen die beschriebenen psychopathischen Mängel fort.

Ein Versuch, den Patienten in der Anstaltsbäckerei zu beschäftigen, mißlingt und muß hauptsächlich auch deswegen aufgegeben werden, weil der Patient anfängt, sich fremde Gegenstände anzueignen, und sich nicht genügend sauber zu halten. Die Neigung zum Stehlen wird immer deutlicher. Auf der Station durchsucht er die Taschen der Anzüge schlafender Patienten und stiehlt was er findet; außerdem belästigt er die Mitpatienten durch viele lose, kindische Streiche, so daß er schließlich auf eine unruhige Abteilung verlegt werden muß.

Digitized by Google

Im April 1928 macht H. einen Fluchtversuch.

Auch am Ende des Jahres 1928 ist der Zustand des Patienten noch im ganzen unverändert. Er ist unbelehrbar, verspricht zwar immer wieder Besserung, macht aber gleich darauf dieselben Streiche und Fehler wieder. Die Versuche, ihn mit Arbeit zu beschäftigen, sind vergeblich. Der Patient äußert, daß Arbeit nicht für ihn passe, auch halte er »das Arbeiten auf den Kopf« nicht aus. Der Patient macht einen mehr und mehr schwachsinnigen Eindruck.

Im Juli 1929 entweicht der Patient abermals aus der Anstalt.

Gegen Ende des Jahres 1929 wird er immer unleidlicher, belästigt die ganze Station, hat jeden Tag immer neue, ganz unerfüllbare Wünsche, zeigt einen ungeordneten Beschäftigungsdrang, hält aber keine Beschäftigung länger aus. Durch seine große Ablenkbarkeit ist er zu jeder Tätigkeit unfähig; aus seinen unerfüllbaren Wünschen sieht der langsam entstehende geistige Defekt.

Wir sehen also die postenzephalitische Charakterdepravation nach einer schweren Kopfgrippe bei einem Jugendlichen sich ganz ausgesprochen entwickeln. Der Patient lügt und stiehlt, ist grob gegen seine Mitkranken, wächst sich zum Schrecken der Abteilung aus und ist unerziehbar. Das klassische Bild der »moral insanity«. Nachdem es vorher, kurz nach der Erkrankung, draußen noch einigermaßen mit ihm geht, gerät er bald des öfteren mit seiner Umgebung in Konflikt, bis er schließlich wegen seiner Unbeständigkeit und hemmungslosen Triebhaftigkeit als asozial angesehen und in einer Heilanstalt untergebracht werden muß.

Als diese typischen Anzeichen postenzephalitischer charakterologischer Minderwertigkeit in ihrer höchsten Steigerung das Bild beherrschen, treten ziemlich plötzlich Symptome auf, — die zu eben beschriebenem Zustandsbild nicht mehr passen, — die aus dem Rahmen des üblichen Verlaufsbildes heraustreten, und als Anzeichen einer ganz anderen Krankheit gewertet werden müssen. Sie verdichten sich sehr bald zum ausgeprägten Symptomenkomplex einer neuen Krankheit, der Schizophrenie.

Neben seinen vielen schwachsinnigen Wünschen und kritiklosen Ideen, — so will er z. B. den Ärzten 15000.— M. vermachen, — stellen sich am Anfang des Jahres 1930 Wahnideen und andere psychotische Kennzeichen ein.

Eines Tages im April 1930 gibt er an, er dürfe sich auf die neuen Stühle nicht setzen, da er darauf seines Lebens nicht sicher sei, er könne einen Anfall bekommen.

Die Möbel der neuen Stationseinrichtung seien von seinem Geld gekauft, sein Onkel habe ihm das gesagt. Er fängt an, Äußerungen anderer Menschen auf sich zu beziehen.

Digitized by Google

Die Rede eines Geistlichen, die er wörtlich wiedergibt und die er wahrscheinlich selbst halluziniert hat: »Er könnte der schönste Rosenkönig sein usw.«, bezieht der Patient auf sich.

Er ist ganz kritiklos, versteckt sich eines Tages in der Klosettgrube usw.

Wenige Wochen später tauchen weitere Wahnideen auf, an denen er zähe festhält. Er glaubt adelig zu sein, P. von H. zu heißen, heiraten zu sollen. Er will dem Stationsarzt 10000.— M. vermachen, da er schwer reich sei. Er verlangt vom Arzt adoptiert zu werden, prophezeit, es werde sich Schreckliches ereignen, hält sich für etwas ganz Besonderes, prophezeit einen kommenden Krieg, in dem er selbst Beobachtungsflieger werden will, usw. Dazu kommen abstruse Ideen wie die, einen Bandwurm im Rückenmark zu haben, der Rosenkönig zu sein und die Osthilfe veranlaßt zu haben usw.

Anfang 1931 verdichteten sich diese Wahnideen mehr und mehr. Es kristallisieren sich hauptsächlich Verfolgungsideen und Überwertigkeitsideen heraus, an denen mit erschreckender Monotonie festgehalten wird, die aber jede Begründung und jedes System vermissen lassen, sondern an irgendein Ereignis plötzlich anschließen und ganz verschroben vorgebracht werden. Der Affekt wird immer alberner, leerer, läppischer, die Kritikfähigkeit schrumpft auf ein kümmerliches Minimum zusammen, und es bildet sich ein sicherer Defekt aus. Bei einzelnen Explorationen im Anfang dieses Jahres tritt der trostlose Zustand, in dem der Patient sich befindet, besonders kraß zu Tage. Er glaubt, »das Kreuz Christi« zu sein, hält sich für adelig, für den »Rosenkönig«, meint, man wolle seine Schrift ausforschen und ihn den Kommunisten ausliefern usw. Seine Redewese ist völlig zerfahren. Für all seine Behauptungen gibt er die unsinnigsten und unzureichendsten Erklärungen. Sein Affekt ist leer, verzerrt und völlig inadäquat, die Stimmungslage albern, weinerlich und wenig tief begründet.

Er äußert ängstlich immer wieder, daß ein Pfleger ihn den Kommunisten ausliefern wolle; er flicht in seine Erzählungen unzusammenhängende, abstruse Äußerungen ein wie: Auf der Kirchturmspitze spiele sich das Thema von der christlichen Ehe ab, oder: er könne Rosenkönig sein, wenn sich das Weltzeichen verwirklicht habe, oder: er solle zum Helden gemacht werden, usw. Er fängt an, zu halluzinieren, in der Nacht sagen ihm die Gedanken »so etwas«, er hört die Stimme des Ref. oder eines längst entlassenen Pflegers, er fühlt sich vom Kinderhaus aus nachts beobachtet und glaubt auch die Stimme anderer Ärzte zu vernehmen. Einen Pfleger hält er für den Mörder seiner Angehörigen, und meint, der Reichsminister Treviranus habe ihn nachts besucht usw. Späterhin gibt er weiter an, »daß er 5—6 Tage im

Digitized by Google

Sarge unter der Erde liegen müsse, bis sich die Wahrheit herausstelle«. Er will Militär holen, weil sein Onkel ihm gesagt habe, daß die Kommunisten ihn kalt machen wollten.

Der Patient fängt an, sich beeinträchtigt zu fühlen, glaubt, er werde zurückgesetzt, meint, er habe einen Bandwurm im Rückenmark, der in seinem Leibe Zickzackbewegungen mache und in seinem Halse fräße und den Hals verkrüppele. Er hat Angst davor, daß er »das verlorene Schaf Gottes werden und daß er unter die Ratten und Mäuse kommen werde«. Eine längere Zeit stellt er die Nahrungsaufnahme ein und muß mit der Schlundsonde ernährt werden, er wird ablehnend und reizbar, hochgradig agressiv und unzugänglich.

In seinen Briefen an die Ärzte der Anstalt und an seine Angehörigen kommt die innere Zerfahrenheit und die ungeordnete, planlose Ziellosigkeit besonders deutlich zum Vorschein. Er stellt die merkwürdigsten Ansinnen an den Referenten und gibt von seinen Wahnideen in maßlos verschrobener Redeweise, die merkwürdigsten Wortgebilde schmiedend, gut Kenntnis.

So abstruse, schwachsinnige Ideen, wie die, bei Ref. als Kindermädchen beschäftigt zu werden, gleichzeitig mit der festen Überzeugung, adelig und Rosenkönig zu sein, unermeßlichen Reichtum zu besitzen und 6 Tage lebendig als Scheintoter vergraben werden zu sollen vermag wohl nur ein Schizophrener hervorzubringen, der in seiner Urteilslosigkeit und kritiklosen Überwertigkeit wohl nur durch die blühenden Größenideen und geistesschwachen Projekte eines Paralytikers übertroffen werden kann.

Der im Mai 1931 erhobene körperliche und neurologische Befund ergibt kurz nur Folgendes:

Der Kopf nimmt weiterhin seine nach links gedrehte und abwärts geneigte Haltung ein. Auch jetzt ist kein anatomischer Grund für diese abnorme Haltung zu finden, zumal der Patient für Augenblicke die normale Kopfhaltung einzunehmen vermag. Die inneren Organe sind o. B.

Neurologisch besteht außer einem Rigor im linken Arm und einem angedeutetem Rigor im linken Bein kein abnormer Befund.

Die Reflexe sind o. B. Insbesondere sind Achillessehnenreflexe und Patellarsehnenreflexe gut auslösbar. Pyramidenzeichen bestehen nicht.

*

Es handelt sich also kurz zusammengefaßt um einen jungen Menschen, der im 9. Lebensjahr an einer Kopfgrippe erkrankt, und der bald danach im psychischen Verhalten sehr auffällig wird. Er macht eine Charakterdepravation durch im Sinne der moral insanity. Der früher gut beanlagte, gutmütige Junge wird unbeständig, triebhaft, lügt, stiehlt und führt sich schließlich in den

Digitized by Google

Waisenhäusern und Fürsorgeanstalten, in denen er untergebracht war, so auf, daß er im Alter von 16 Jahren »wegen psychopathischer Mängel« in die Anstalt gebracht werden muß.

Hier wird er bald zum Schrecken der Abteilung; er beschimpft seine Mitpatienten, greift sie tätlich an, ist unfolgsam, anmaßend, jähzornig und reizbar; er fängt schließlich an zu stehlen, verspricht auf Vorhaltungen Besserung, wird aber immer wieder rückfällig. Er ist antriebsschwach und sehr ablenkbar, zeigt einen ungeordneten Beschäftigungsdrang. Er ist unstät und zappelig, bekundet aber zu Zeiten großes Ruhebedürfnis und schläft außerordentlich viel.

Alle diese Symptome sind zweifellos als typische Merkmale der nach Enzephalitis Jugendlicher häufigen »moral insanity« zu werten. Und dann kommt Neues hinzu. Dann bilden sich Anzeichen heraus, die mit »moral insanity« nichts mehr zu tun haben, sondern sicher als psychotische Stigmata anzusehen sind, wie sie in das Bild der Schizophrenie passen. Es ist nicht eine neue Phase derselben Krankheit, — m. E. kann man das wohl nicht annehmen, — sondern es entwickelt sich eine neue Krankheit; ein Krankheitsbild entsteht, das man bisher als Symptomenbild einer Krankheit eigener Art zu betrachten gewohnt ist. Das Bild paßt in die Gruppe der schizophrenen Krankheitsformen.

So wird, nachdem zunächst seine intellektuellen Fähigkeiten dem Alter entsprechend scheinen, der Patient immer interesseloser, alberner und kindischer, bis sich im Laufe der Jahre ein gewisser kritikloser Schwachsinn herausbildet, von dem man schließlich als von einem größeren geistigen Defekt sprechen muß. Vor unseren Augen vollzieht sich dieser Verfall weiter, bis im Laufe des Jahres 1930 alle möglichen Wahnideen, Beziehungs- und Verfolgungsideen mehr und mehr hervortreten, und der Patient immer kritikloser, affektärmer, gefühlsstumpfer und -leerer wird. Er hat tausend Wünsche, ihm fehlt jede Krankheitseinsicht, er hält sich für den Rosenkönig und für adelig und schlägt ein Fenster ein, weil in der Kollekte eines Mannes gleichen Namens das große Los gezogen wurde. Er äußert Beziehungsideen, glaubt sich verfolgt von den Kommunisten, prophezeit schreckliche Zeiten und kommende Kriege, stellt Überwertigkeitsideen auf, die jede Begründung vermissen lassen usw.

Seine Gedanken sind von einer erschreckenden Systemlosigkeit und laufen zeitweise ganz leer und monoton, dabei völlig affektlos ab. Immer wieder erzählt er von seinen Wahnideen ohne tieferen Affekt dasselbe. Die Kommunisten spielen bei ihm, dem Rosenkönig eine große Rolle; sie wollen ihn »kalt machen«, ihn vor einen Wagen spannen, und in der Anstalt als Pferd herumlaufen lassen. Er bildet ganz abstruse Begriffe, die er auf sich

Digitized by Google

anwendet. Er sei »das Kreuz Christi, — der Rosenkönig, — bis sich das Weltzeichen verwirklicht habe, — das Kreuz auf der Kirchturmspitze, wo sich das Thema abspielt von der christlichen Ehe«. Er bittet, man möge ihn doch »zu einem Helden machen«, ihn als Kindermädchen verwenden usw. Er beteuert, einen Fremdkörper, einen Bandwurm in seinem Rückenmark zu haben, weil er gegen die Kopfgrippe von einem Dr. M. »eine Emulsion«, »eine kleine Trichine« bekommen habe; und dieser Bandwurm führe in seinem Hals dauernd Zickzackbewegungen aus, so daß dieser verkrüppele.

Er halluziniert optisch und akustisch. Er hört die Stimme eines längst entlassenen Pflegers ihm drohen; er sieht einen Arzt der Anstalt ihn nachts von einer anderen Station aus beobachten; er gibt an, Stimmen zu hören und sich beeinflußt und beeinträchtigt zu fühlen.

Er betet für die Ärzte und Pfleger, damit er nicht »unter die Ratten und Mäuse« komme, und »nicht das verlorene Schaf Gottes werde«, wie der Kommunist, der Pfleger U., es ihm angedroht habe. Seine Reden werden immer zerfahrener, zeitweise ist er ganz abweisend, verweigert die Nahrungsaufnahme und muß mit der Schlundsonde genährt werden; dabei wird er aggressiv, ist unzugänglich und unbelehrbar.

Aus diesem unaufhaltsamen Zerfall seiner Persönlichkeit guckt mit leeren Augen der fortgeschrittene geistige und gemütliche Defekt, und es ist nicht unschwer vorauszusehen, daß der Patient wahrscheinlich in einigen Jahren geistig völlig zerspalten und zerfallen in trostloser Demenz dahinblödet, wenn seine Persönlichkeitsentwicklung in so rapider Kurve sich weiter abwärts bewegt.

Es besteht wohl kein Zweifel, daß es sich hier um das Auftreten einer Spaltungspsychose bei einer durch Kopfgrippe entstandenen Enzephalitis handelt, da derartig schizophren-gefärbte Symptome in ihrer exakten Durchbildung doch nicht als zum Verlaufsbild der Enzephalitisfolgen gehörig anzusehen sind. Soll man also annehmen, daß es möglich sei, daß durch die Auswirkungen einer Enzephalitis irgendwo im Gehirn die Bedingungen für das Entstehen einer Schizophrenie gegeben werden könnten?

Wäre also die Enzephalitis evtl. auch bodenbereitend für schizophrene Psychosen oder Psychosen überhaupt, und wäre es vielleicht möglich, daß eine Enzephalitis in erbbiologischer Hinsicht verquickt sein könnte mit der Genese einer Schizophrenie, oder einer Psychose überhaupt? Löst eine Enzephalitis möglicherweise bei einer im Erbgang bisher latent gebliebenen psychotischen Veranlagung die Psychose aus; ist sie also in diesem Fall der Anstoß, der den Stein ins Rollen bringt?

Digitized by Google

In unserem konkreten Fall ist zwar anscheinend im direkten Erbgang keine Belastung mit Schizophrenie festzustellen, da leider die anamnestischen Daten nur recht spärlich sind, weil die Eltern des Patienten schon viele Jahre tot sind. Die Mutter des Patienten war jedoch eine geborene W., und deren Nichte und Neffe, d. h. hier die Kinder des Bruders der Patientenmutter, waren bzw. sind beide mit ausgesprochener schizophrener Psychose in unserer Anstalt.

Wollte man noch weiter gehen, so könnten vielleicht Fragen nach der Entstehungsursache der Schizophrenie überhaupt auftauchen.

Ist die Schizophrenie eine Stoffwechselangelegenheit, eine Angelegenheit der Keimdrüsenhormone? Es sind derartige Untersuchungen mit großem Eifer erfolgt, und die Anschauung, daß die Dementia praecox ein endokrines Leiden sei, ist schon vielfach heftig erörtert und umstritten, jedoch ist für die Richtigkeit oder Unrichtigkeit dieser Hypothese bisher noch kein Beweis erbracht.

Auch darin, daß man therapeutisch mit Keimdrüsenpräparaten und allen möglichen Hormonen die Krankheit anging hat man wohl bei kritischer Betrachtung der Erfolge dieser Behandlung bisher kein überwältigend günstiges Resultat erzielt.

In unserer Anstalt, in der die Schizophrenie das Hauptkontingent an geistigen Erkrankungen stellt, — und es sind unter den ca. 1300 Anstaltsinsassen Fälle von Dementia praecox und Schizophrenie jeden Alters und jeder Färbung — haben wir z. B. bei unserer prinzipiellen Behandlung mit Testogan bzw. Theligan nicht den Eindruck, daß diese Mittel wirklich spezifisch wirksam wären. Fälle, die anscheinend auf Testoganbehandlung schnell abklingen, wären sehr wahrscheinlich auch ohne Testogan nach einiger Zeit besser geworden. Jedenfalls steht der positive Beweis, daß ein derartiges Präparat wirklich hilft, noch aus.

Steht die Schizophrenie in grundlegendem Zusammenhang mit den so häufig gefundenen Erkrankungen des Darmtraktus?

Zu dieser Frage möchte ich besonders die große, sehr ausführliche Arbeit von *Paul J. Reiter*, Dänemark Roskilde anführen. *Reiter* untersucht ein großes Material von Dementia praecox Kranken. Er findet dabei auffällige Veränderungen der anatomischen Verhältnisse, wie auch der sekretorischen Verhältnisse des Magen-Darmtraktus.

Im Magen: Auffällige Hypersekretion; dabei Tendenz zu niedrigen Säurewerten und Heterochylie; in ausgesprochenen Fällen Hypo- bzw. Achylie. Die Pepsinsekretion steigt oft anfangs, zeigt später inkonstante Verhältnisse, um zuletzt subnormale Werte

Digitized by Google

aufzuweisen. Die Magenentleerung ist oft in gewissem Maße verzögert.

Im Darm: Anzeichen von Dünndarmdyspepsie, enorme Häufigkeit von okkulten Blutungen, Darmträgheit in jüngeren, oft diarrhoischen und unregelmäßigen Stuhlgang in älteren Fällen. Oft treten tödlich verlaufende Darmentzündungen auf.

Für besonders stark hervortretend hält R. die Hypersekretion bei niedrigen Säurewerten, und die auch oft durch Sektionen nachgewiesenen Darmentzündungen. Auf die Ursachen der Störungen in der Ventrikelfunktion und auf die Ursachen der Gastritiden und Enterokolitiden kann hier natürlich nicht näher eingegangen werden. Reiter tut dies in seiner Arbeit ausführlich.

Wenn durch seine Arbeit auch wohl zweifellos festgestellt worden ist, daß bei seinem Material auffallend viele Darmaffektionen nachweisbar waren, und wenn auch wir bei unserem schizophrenen Material häufig die Beobachtung machen können, daß starke Verdauungsstörungen eine häufige Begleiterscheinung schizophrener Erkrankungen sind, so ist es jedenfalls noch zunächst verfehlt, wollte man der enteralen Genese der Schizophrenie zu viel Bedeutung beimessen, denn alle diese Darmerscheinungen können sicher ebensogut als sekundär bedingt angesehen werden, sei es, daß die Art der Nahrung oder Unzweckmäßigkeit in der Art der Nahrungsaufnahme seitens des Patienten oder andere Umstände eine besondere Rolle spielen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Über die Erblichkeitsverhältnisse bei Dementia praecox gehen die Meinungen der Autoren wohl heute noch recht weit auseinander.

Da wäre in erster Linie *Rüdin* zu nennen, der wie auch *Hoffmann* und *Kahn* und andere systematisch und an großem Material das Wesen der Schizophrenie zu ergründen versuchte und wichtige Forschungen über die Art des Erbganges anstellte; jedoch gehen die Wege dieser Autoren sehr bald auseinander.

Rüdin neigt zu der Auffassung, daß es sich um zwei rezessive Faktoren handelt, die im Erbgang der Schizophrenie eine wesentliche Rolle spielen, andere Autoren sind der Ansicht, daß zwei dominante Faktoren oder gar ein dominanter und ein rezessiver Faktor anzunehmen seien. (*Lenz, Kahn.*)

Beruht die Schizophrenie ätiologisch vielleicht doch auf anatomischen Veränderungen in gewissen Hirnteilen, die evtl. auch durch enzephalitische Prozesse gegeben werden können?

Um diese Frage eingehend zu erörtern, greife ich nochmals auf die Arbeit von *Reiter* zurück.

Bei einer Anzahl von ihm post mortem sezierter schizophrener Erkrankter wurden bei den histologischen Untersuchungen viel-

Digitized by Google

fach Veränderungen an Ganglienzellen des Hirns festgestellt. Die Ganglienzellen waren geschwollen, degeneriert, es war eine Chromatolyse eingetreten, z. B. im Lens, im Nucl. medial. thalami, sowie im Nucl. ruber; ebenfalls wurden solche Degenerationsmerkmale im Ganglion paraventriculare ventr. III festgestellt. Veränderungen der Zentralganglien und dicht von Gliazellen umgebene Ganglienzellen wurden beobachtet. In anderen Fällen waren in den tieferen Schichten des Cortex lob. frontal. die Ganglienzellkerne angeschwollen, das Protoplasma gering. Die Ganglienzellen waren häufig von Gliazellen unregelmäßiger Größe eingeschlossen, usw.

Weiterhin schreibt *Reiter*:

»Es ist kein ganz neuer Gedanke, der hier hervortritt, daß die Dementia praecox — Noxe u. a. eine besondere Affinität zum Palenzephalon habe. Durch die Enzephalitisforschung haben sich plötzlich, wie auf so manchen anderen Gebieten, ganz neue Ausblicke aufgetan, und eine Reihe von Autoren (*Küppers, Bleuler, Berze, Lange*...) hat auf die außerordentliche, jedenfalls äußerliche, Ähnlichkeit hingewiesen, die zwischen einer Anzahl von enzephalitischen Störungen (Charakterveränderungen, thymopsychische Störungen, Motolitätsstörungen) und verschiedenen schizophrenen Bildern besteht, und die Möglichkeit einer zentralen Lokalisation genauer geprüft usw.«

Pathologische Untersuchungen haben diese Theorie jedoch bisher nicht bestätigt, jedoch auch nicht das Gegenteil davon, zumal sie noch nicht in größerem Umfang betrieben wurden.

Andere Forscher warnen davor, Beziehungen zwischen diesen beiden Krankheitsgruppen anzunehmen. Sie halten die Ähnlichkeit für rein äußerlich und glauben nicht, daß die Erscheinungen pathologisch-anatomisch bedingt sind.

Reiter glaubt, daß die Dementia praecox ein viel komplizierteres Leiden ist, als die Enzephalitis, »daß auch ganz andere Gehirnpartien mit noch unbekannten höheren Persönlichkeitszentren mit dazu gehörenden Leitungsbahnen in Mitleidenschaft gezogen sind« — er nimmt aber »ein organisches Substrat« für nötig an, und zwar glaubt er, daß dieses Substrat in den zentralen Regionen zu suchen ist. Er führt dafür zum Beleg über 10 Fälle an, die tödlich endeten und unter dem Bild einer zunehmenden Autointoxikation offensichtlich neurologische Symptome aufwiesen.

Er meint, daß viele Bewegungsstörungen bei derartigen Patienten als Manieren angesehen werden, in Wirklichkeit aber choreatische Unruhe, myokloniforme Zuckungen, athetotische Bewegungen sein können, zu denen dann noch Hypertonie, Reflexsteigerungen, Tremor, starke Fett- und Schweißsekretion usw. hinzukämen.

Reiter geht so weit, daß er eine besondere Schizophrenie-

Digitized by Google

form, die Dementia praecox parkinsonoides, annehmen zu können glaubt, bei der es sich um zentralganglionäre Lokalisation handelt. Er führt auch hierzu Fälle mit »chronischen organisch bedingten Bewegungsstörungen« an, »die in einem früheren Stadium der Psychose entwickelt sind, und die übrigens mit den sonstigen Symptomen derselben als feste Bestandteile zu einem schizophrenen Residualzustand eng verwoben sind«.

Er beschreibt mehrfach das Bild eines Parkinsonismus bei einem Residualzustand, nicht bei einem Schub, und glaubt daher ablehnen zu dürfen, daß die Symptome psychisch bedingt seien. Er nimmt vielmehr das Bestehen einer echten »organischen Psychose« mit dienzephaler Lokalisation an.

Reiter steht auf dem Standpunkt, daß es sich bei der Dementia praecox zweifellos um regressive Prozesse im Gehirnparenchym handelt, und daß sich im Gehirn von Dementia-praecox-Kranken regelmäßig und immer anatomische Veränderungen nachweisen lassen. Er sagt: »Es bestehen keine Zweifel darüber, daß die Noxe der Krankheit pathologisch-chemische Zellveränderungen verursacht, die allmählich in langsam fortschreitende, bleibende organische Veränderungen übergehen, und daß diese Veränderungen die direkte Ursache des dementiven Prozeßfaktors der Krankheit sind: »Das Gehirn bei der Dementia praecox erkrankt durch einen Prozeß, der in einem vorher gesunden Organ zum Ablauf kommt.« (*Joséph.*)

Die Art der organischen Veränderung ist oben schon kurz angegeben. *Reiter* meint: »Es handelt sich um eine parenchymatöse Degeneration auf toxischer Basis (*Marburg, Joséphy*), eine Enzephalose. Diese Intoxikationen, die niemals enzephalitische Veränderungen bedingen, sondern nur Veränderungen hervorrufen, die sich auf dem Enzephalosestadium halten, können sehr gut endokrine Intoxikationen sein; die Art der Intoxikation läge jedoch noch nicht fest.

*

Es wäre sicher sehr aufschlußreich, wenn eine genaue pathologisch-anatomische Untersuchung des Gehirns unseres Patienten durchgeführt werden könnte, da man dann möglicherweise weitere Belege und Stützen für diese eben aufgeführte Ansicht gewinnen könnte. Möglicherweise würde über einen späteren patholog. anatomischen Befund noch zu berichten sein.

Man dürfte jedoch wohl nicht fehl gehen, die während seiner ganzen Erkrankung von seinem 9. Lebensjahr bis jetzt zu seinem 20. Lebensjahr in Erscheinung getretenen Krankheitssymptome zwei ganz verschiedenen Symptomenkreisen zuzurechnen. —

Digitized by Google

Literaturnachweis.

U. Fleck, Göttingen: Über die psychischen Folgezustände nach Encephalitis epidemica bei Jugendlichen. (Arch. f. Psych. Bd. 79/5.)

U. Fleck, Göttingen: Erbbiologische Untersuchungen im Hinblick auf die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemica. (Arch. f. Psych. 1927 Bd. 79/4.)

U. Fleck, Göttingen: Über die psychischen Veränderungen der erwachsenen Metenzephalitiker mit Betrachtungen über die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemica überhaupt. (Arch. f. Psych. 1927 Bd. 80/3.)

L. A. Kwint, Charkow: Eine paranoide Variante der postenzephalitisch-psychotischen Zustände. (Arch. f. Psych. Bd. 78/3.)

R. Neustadt: Zur Auffassung der Psychosen bei Metenzephalit. (Arch. f. Psych. 1927 Bd. 81/1.)

W. Brandt: Was wird aus Enzeph.-Kindern und -Jugendlichen. (Arch. f. Psych. Bd. 88/5.)

v. Domarus: Halluzinatorisch-paranoide Bilder bei Metenzephalitis. (Arch. f. Psych. Bd. 78, Seite 58, 1926.)

Lange, Johannes: Über Enceph. epidemica und Dement. praecox. (Zeitschrift f. d. ges. Neurolog. 84/1923.)

Paul J. Reiter, Roskilde-Dänemark: Zur Pathologie der Dem. praec. (Levin und Munksgaards Verlag, Kopenhagen. Georg Thiemes Verlag, Leipzig).

Digitized by Google

Kaiser Vitellius, eine psychologische Studie.

Von

Medizinalrat Dr. **Ernst Müller**, Landesheilanstalt Hildburghausen.

Man hat die Regierung des Kaisers Vitellius für eine Legende[1]) gehalten. Wir werden sehen, ob dem so ist. Mein Versuch baut sich auf Münzen[2]) des Kaisers auf.

Zunächst führe ich drei Vitelliusmünzen vor, die aus dem Bildnis seines Gegners Otho zurechtgestümpert sind, wie das daneben gestellte Münzbildnis des letzteren erweist. Namentlich die Kopfform ist dabei umgeändert und der Othos angepaßt. Die zweite Münze zeigt dies weniger deutlich.

Dann eine Serie (vier Münzen), die, wie *Bernoulli* richtig sagt, ganz schlechte Porträts von Vitellius sind, die man nur aus der Umschrift als solche erkennen kann.

Drittens drei Münzen, die den Kaiser richtig wiedergeben: kleiner Kopf, Andeutung von knöchernem Augenwulst, niedrige Stirn, die schief ansteigt und mit der Nase etwa eine gerade Linie bildet; die zweite der drei Münzen zeigt Stirnfalten.

Schließlich vier Vitelliusmünzen, die den Freßkaiser gut charakterisieren: dicker Hals, Doppelkinn, bei der ersten, dritten und vierten Speckfalte im Nacken. Gesichtsausdruck überall mittelintelligent. Vitellius ist als Germanicus und mit allen Kaisertiteln, nur nicht als Caesar bezeichnet.

Bei unseren Münzen interessieren auch die Rückseiten: Zweimal allegorische Figur mit Füllhorn, Opferschale und Concordia Augusti, zweimal eine ähnliche Figur mit Szepter, Freiheitsmütze und Libertas restituta, einmal allegorische Figur mit Flügeln, die eine Opferschale in der Hand hält, offenbar die Siegesgöttin. Dann

---

[1]) Wohl nur wegen der Umschrift auf der Vorderseite der Münzen, die ihn nicht als Kaiser legitimieren sollte.

[2]) Den Münzabbildungen liegen die Münzgüsse zugrunde, die der staatlichen Münzsammlung in München und dem Herzoglichen Münzkabinett in Gotha entstammen, erstere habe ich der Güte des bekannten Münzforschers Professor Max Bernhart, letztere der des bekannten Münzforschers Geheimrat Behrend Pick zu verdanken. Die Münchener Münzen bezeichne ich mit M., die Gothaer mit G.

Digitized by Google

fünfmal auf das Heer bezugnehmende Reversen. Dreimal ein Krieger mit Speer und Helm, zweimal mit Fahne, einmal mit erbeuteter Waffe. Zweimal Umschrift: Consensus Exercituum, zweimal verschlungene Hände mit Fides exercituum.

Zweimal Juppiter, einmal im Tempel auf dem Kapitol mit Blitzbüscheln und Szepter, dann ebenfalls auf dem Thron mit Szepter und einer geflügelten Siegesgöttin in der Hand.

Dann zweimal den Vater ehrende Reversen mit beidesmaliger Umschrift: L. Vitellius Cos. III Censor.

Das erste Mal L. Vitellius mit Lorbeerkranz und ungeteilter Schleife, rechts daneben ein Szepter mit dem römischen Adler, das zweite Mal L. Vitellius auf dem Thron, offenbar wieder mit Szepter.

Der Kaiser Aulus Vitellius ist oft falsch abgebildet worden, sein wirkliches Porträt ist trotzdem bekannt und von *Bernoulli* schon gut erfaßt worden. Der Gesichtsausdruck unserer Vitelliusmünzen ist höchstens mittelintelligent, der Schlemmertypus (das Wohlgenährte) ist nur auf einigen Münzen deutlich, keineswegs auf allen. Hieraus wäre zu schließen, das Vitellius nicht das Urteil zu verdienen scheint, das sich Tacitus über ihn zurechtgemacht hat. Diese Bildnisse scheinen in der Tat eine mildere Sprache zu reden. Und somit glaube ich auch, daß Professor *Schulz*-Leipzig Recht hat, wenn er glaubt Vitellius liberale Anwandlungen nachsagen zu dürfen. Das Schlemmerhafte geht keineswegs durch alle Porträts, wie man das eigentlich erwarten sollte, aber bei Nero haben wir ja auch ungleiche Bildnisse, je nach seinen Alterstufen und seinem Verhalten. Etwas Tyrannenhaftes ist an den Vitelliusporträts nirgends festzustellen. Aber ich muß noch erwähnen, daß ich bei meinen früheren Untersuchungen[3]) mehrfach einen an Beschränktheit heranreichenden Gesichtsausdruck bei Vitellius festgestellt habe. Dieser Ausdruck wäre mit dem der Schlemmerei assoziierten Alkoholismus in Verbindung zu bringen.

Daß Vitellius sich nicht Caesar nennen läßt, also in Gegensatz zum Julisch-Claudischen Haus tritt, ist sehr erklärlich und scheint die Wahrheit der Vitelliusherrschaft zu unterstreichen. In Germanien ist er tatsächlich tätig gewesen.

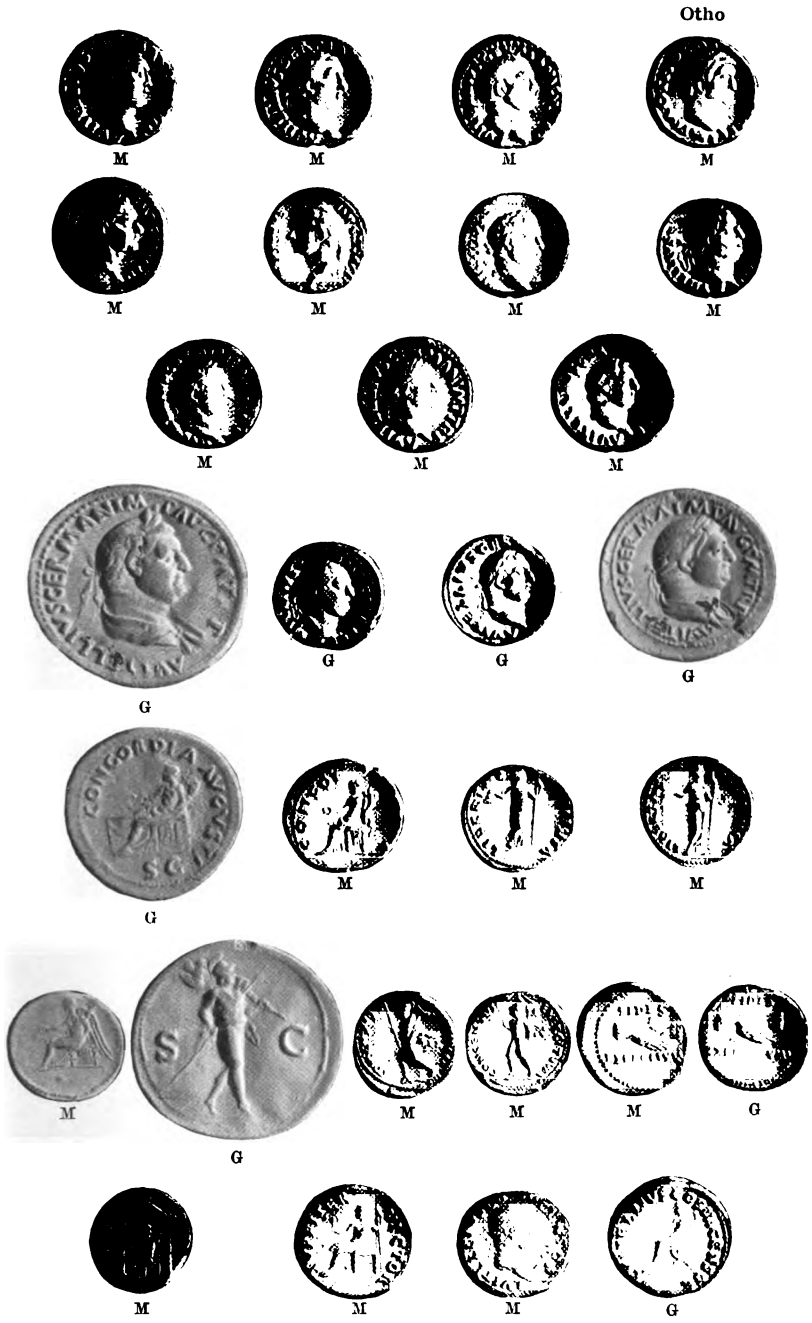
Was die Reversen anlangt, so habe ich schon darauf hingewiesen, daß die ungünstigsten Zeiten in der römischen Geschichte charakteristische Embleme und Beschriftungen der Münzreversen hervorbrachten.

Eintracht durch das Kaiserhaus ist etwas Selbstverständliches,

---

[3]) Siehe Caesarenporträts, erschienen bei de Gruyter Berlin-Leipzig, III. Teil, Seite 102: Abbildungen von Vitelliusmünzen in dem Auktionskatalog von Dr. Hirsch betr. Sammlung des Konsuls Weber in Hamburg.

Digitized by Google



Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 96.
Zu „Müller, Kaiser Vitellius."

Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

Digitized by Google

Digitized by Google

was aber hier betont wird, da sie offenbar gewünscht wird. Die wiederhergestellte Freiheit soll auf ein liberales Regiment hindeuten.

Die Einigkeit und Treue der Heere wird auch betont, obgleich sie eigentlich selbstverständliche Voraussetzung jeder festen, das heißt guten Regierung sind.

Juppiter wird als Sieger gefeiert. Diese Tatsache hat insofern Bedeutung, als sie auf den Sieg über Otho anspielt. Bekanntlich wird die ganze Vitellianische Kaiserperiode als geschichtliches Ereignis angezweifelt, meiner Meinung nach mit Unrecht.

Der Vater des Kaisers, L. Vitellius, der dreimal Consul und Censor war, erscheint zweimal auf dem Revers. Er galt als Beispiel von hervorragender Kaisertreue und hatte Kaiser Claudius als Reichsverweser vertreten, als dieser in Britannien war. Diese Tatsache dürfte dem Sohn hauptsächlich seinen Weg zum Thron geebnet haben. Nehmen wir alles zusammen, so dürfte wohl der Schluß nahe liegen, daß Vitellius doch als Kaiser regiert hat. Man könnte sonst die Ausgabe der vielen Münzen, die mit dem Schrifttum wohl übereinstimmen und nichts bringen, was dem zuwider liefe, gar nicht verstehen.

Bernoulli wundert sich, daß Vitellius beim Gang zur Hinrichtung am Bart gezupft worden sei; ich erkläre mir die Sache so, daß Vitellius in den letzten kriegerischen Zeitläuften seines Lebens nicht dazu kam sich rasieren zu lassen, daran vielleicht zum Spott durch eine Wache verhindert wurde oder sich aus Trauer den Bart wachsen ließ (wie Caligula nach dem Tod der Drusilla). Wenn diese Darstellung nicht überhaupt bloß Ausschmückung ist, um die Hinrichtung des besiegten, wohl wegen seiner zeitweise gezeigten Härte und Schlemmerei zum Teil unbeliebten Kaisers noch grausiger erscheinen zu lassen. Bei den Münzabbildungen (Kaiser Vitellius) des britischen Museums[4]) in London konnte ich dasselbe sehen, was ich bei meinen Münzen fand.

Ich glaube, man muß bei den antiken Historikern der römischen Kaiserzeit zwei Strömungen unterscheiden, die aristokratisch-republikanische und die diktatorisch-kaiserliche Richtung, die sich mit ähnlicher Schroffheit wie jetzt Rechts- und Linksparteien in Deutschland gegenüberstehen. Nun nehme ich an, daß Darstellungen aus beiden Lagern sich verwoben haben, so daß man noch lange nicht absichtliche Verlogenheit des einen Teiles dieser Strömungen annehmen muß, vielleicht aber Übertreibungen. Durch

[4]) A Catalogue of The Roman Coins in The British Museum, 1923.

Digitized by Google

Vergleich der Porträts und genaues Studium der Münzreserven dürfte man doch noch zu mancher Aufklärung gelangen.

Die Plastiken, die Vitellius darstellen, sind in bezug auf ihre Echtheit zu unsicher, so daß sie hier außer Betracht bleiben sollen. Vitellius halte ich auf Grund der überlieferten Münzen und Büsten nicht für geistreich, aber auch nicht für direkt psychotisch, aber für einen Grenzfall, womit ich sagen will, daß er sich wahrscheinlich infolge seines Alkoholismus periodenweise stumpfsinniger Beschränktheit näherte. Auf diese Weise würde sich auch erklären, weshalb die Bildnisse nicht durchgängig den erwähnten, ins Psychotische abschweifenden Ausdruck zeigen, wie revolutionäre und kriegerische Zeitläufte immer verschieden verlaufen. — Kaiser Vitellius sieht Kaiser Vespasian ähnlich, letzterer sieht aber auf den Münzen viel intelligenter[5]) aus.

An der Hand der Bildnisse römischer Kaiser glaube ich nachgewiesen zu haben, daß Caligula und Claudius psychotisch waren, daß Caracalla, Geta, Commodus und Elagabal psychische Abweichungen gezeigt haben. Es kommt ja gar nicht so auf die psychiatrische Diagnose an, die nach etwa zweitausend Jahren kaum noch richtig zu stellen sein dürfte.

Der bekannte Historiker Professor *Mentz*-Jena hat mir gesagt: der Schlüssel zur Wahrheit über die Caesaren ist die Psychiatrie.

[5]) Was auch Geheimrat Pick zugibt.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 9. und 10. April 1931 in Breslau.

Anwesend: *Ackermann*-Dresden, *A. Adler*-Wien, *Adler*-Wien, *Hans Adler*-Breslau, *Ahrens*-Neuruppin, *Albrecht*-Berlin, *Ast*-Eglfing, *Baege*-Leubus, *Bartscher*-Kiedrich, *Baumann*-Lübben, *Berliner*-Obernigk, *Beyermann*-Breslau, *Bluder*-Berlin, *Boeters*-Berlin, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bostroem*-München, *Brandt*-Teupitz, *Bratz*-Berlin-Wittenau, *Braune*-Altscherbitz, *v. Braunmühl*-Eglfing, *Bresler*-Kreuzburg, *Bruetsch*-Indianapolis U. S. A., *Brunner*-Marburg, *Bufe*-Allenberg, *Bumke*-München, *Butter*-Untergöltzsch, *Carrière*-Arnsdorf, *Casten*-Stettin, *Chotzen*-Breslau, *de Crinis*-Graz, *Dattner*-Wien, *Deutsch*-Treptow, *Dinter*-Dresden, *Dodillet*-Bunzlau, *Donalies*-Berlin, *Ehlers*-Potsdam, *Eicke*-Berlin-Buch, *Encke*-Lauenburg, *v. Engert*-Wien, *Entres*-Werneck, *Faas*-Kutzenberg, *Fabian*-Bunzlau, *Falkenberg*-Berlin-Herzberge, *Feldhahn*-Nietleben, *Max Fischer*-Berlin-Dahlem, *Fischer*-Breslau, *Fischer*-Obernigk, *Fleck*-Göttingen, *Foerster*-Breslau, *Freiberg*-Breslau, *Freund*-Breslau, *Friedländer*-Lindenhaus (Lippe), *Friedrich*-Arnsdorf, *Froboese*-Berlin, *Fust*-Uchtspringe, *Gallinek*-Halle, *Gallus*-Potsdam, *Gaupp*-Sonnenstein, *F. Georgi*-Breslau, *Gerson*-Göttingen, *Goetze*-Allenberg, *Grabow*-Neustadt (Holstein), *Graeger*, Landesrat, Breslau, *Grimme*-Hildesheim, *Günther*-Dresden, *J. Guttmann*-Berlin, *E. Guttmann*-München, *L. Guttmann*-Breslau; *Haber*-Berlin, *Häfner*-Bunzlau, *Hagedorn*-Berlin-Herzberge, *Havemann*-Rastenburg, *Hecker*-Freiburg, *Hegemann*-Warstein W., *Heidenhain*-Tübingen, *Henkel*-Treptow, *Herschmann*-Wien, *Herting*-Düsseldorf, *Heyse*-Bernburg, *Hickmann*-Bunzlau, *Hilgermann*-Landsberg, *Hock*-Bayreuth, *Hofmann*-Braunschweig, *Hörmann*-Dresden, *Horn*-Wien, *Horstmann*-Stralsund, *Hübner*-Bonn, *Hussel*-Ansbach, *Hussels*-Brandenburg, *Ilberg*-Dresden, *Jankowski*-Wilna (Polen), *Jess*-Eberswalde, *Jessner*, *Lucie*-Königsberg, *Jossmann*-Berlin, *Kairinsky*-Kalvarija (Litauen), *Kaiser*-Freiburg (Schl.), *Kallmann*-Berlin-Herzberge, *Kasparek*-Breslau, *Kastan*-Hamburg, *Kattinger*-Gräfenberg (C. S. R.), *Kauders*-Wien, *Kinsberger*-Goddelau, *Kirschbaum*-Hamburg, *Kittel*-Berlin, *Klieneberger*-Königsberg, *Klüber*-Klingenmünster, *Knust*-Obrawalde, *Köbisch*-Obernigk, *Koester*-Aachen, *Koester*-Bonn, *Kolb*-Erlangen, *Kolle*-Kiel, *Konietzny*-Brieg, *Krahl*-Bautzen, *Krakow*-Tapiau, *Kral*-Prag, *Kramer*-Berlin, *Krapf*-München, *Krauss*-Görlitz, *Kuttner*-Breslau-Herrnprotsch, *Kunze*-Lüben, *Laehr*-Naumburg (Sa.), *Lange*-Breslau, *Lange*-Jerichow, *Langer*-Pfafferode, *Lemmer*-Tannenfeld, *Liebers*-Zschadraß, *Liebert*-Lübben, *Lienau*-Hamburg, *Lisch*-Goddelau, *Lollay*-Tost (O.-Schl.), *Löwenstein*-Bonn, *Lühr*-Breslau, *Magunna*-Königslutter, *Malcus*-Merxhausen, *Mann*-Breslau, *Mappes*-Düsseldorf, *Marthen*-Landsberg, *Mayer*-Breslau,

Digitized by Google

H. Merquet-Bunzlau, *Luise Merquet-Bassow*-Bunzlau, *Meyer*-Königsberg Pr., *Meyer*-Neuhaldensleben, *Moeckel*-Leubus, *Moser*-Königsberg, *Muermann*-Hamburg, *Rudolf Müller*-Wien, *Robert Müller*-Königslutter, *Münzer*-Prag, *Neisser*-Breslau, *Nitsche*-Sonnenstein, *Oberreuter*-Leubus, *Oppler*-Brieg, *Ortleb*-Kortau, *Ostermann*-Schleswig, *Philipps*-Tegel, *Plaut*-München, *Pohlisch*-Berlin, *Pönitz*-Halle, *Popper*-Prag, *Raether*-Bedburg-Hau, *Raletka*-Lüben (Schl.), *Ranke*-München, *Rehm*-Bremen, *Rein*-Landsberg, *Reiss*-Dresden, *Riemann*-Treuenbrietzen, *Rittershaus*-Hamburg, *Roemer*-Illenau, *Roesen*-Eberswalde, *Roggenbau*-Berlin, *v. Rohden*-Nietleben, *Romanus*-Bunzlau, *Rosenthal*-Breslau, *Runge*-Chemnitz, *Ruttner*-Breslau-Herrnprotsch, *Sagel*-Arnsdorf, *Schaefer*-Düsseldorf-Kaiserswerth, *Schenk*-Breslau, *Schinke*-Tost (O.-Schl.), *Schmeel*-Heppenheim, *Schmidt*-Hubertusburg, *Schmidt*-Lengerich, *Schmidtmann*-Eglfing-Haar, *Kurt Schneider*-Köln, *Schneider*-Leipzig-Dösen, *Schneider*-Lengerich, *Schnurr*-Scheibe b. Glatz, *Schröder*-Frankenthal (Pfalz), *Schroeder*-Leipzig, *Schuch*-Erlangen, *Schulte*-Kiel, *Schulte*-Berlin, *Schulz*-Leipzig-Dösen, *Schütte*-Langenhagen, *Schwarz*-Berlin, *Scriba*-Gießen, *Seemann*-Leubus, *Seidemann*-Berlin, *Siebert*-Libau, *Simon*-Gütersloh, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sossinka*-Breslau, *Spatz*-München, *Spaar*-Haina, *v. Staff*-Breslau, *Stark*-Breslau, *Stiefler*-Linz, *Störring*-Bonn, *Suckow*-Leipzig, *Syring*-Neuruppin, *Thiele*-Berlin, *Tomaschny*-Ückermünde, *Viedenz*-Görden, *v. Wagner-Jauregg*-Wien, *Walter*-Bremen, *Wasbach*-Berlin-Buch, *Wegener*-Amelsbüren (W.), *Weinsbach*-Berlin-Buch, *Wende*-Kreuzburg, *Weise*-Breslau, *Westphal*-Bonn, *Weygandt*-Hamburg, *Wieners*-Bernau, v. *Wietersheim*-Breslau, *Wilhelmy*-Bonn, *Wilmanns*-Heidelberg, *Winkler*-Stadtroda, *Wittermann*-Winnental, *Wohlmann*-Eichberg, *Wollenberg*-Breslau, *Wolter*-Berlin, *Zengerlein*-Berlin a. G., *Zierl*-Regensburg, *Ziertmann*-Plagwitz, *Zwirner*-Berlin-Buch.

Der Vorsitzende des Vereins Herr *Wilmanns*-Heidelberg eröffnete die Versammlung mit Begrüßung der Anwesenden, unter denen er Herrn Landeshauptmann *Thaer,* Herrn Landesrat *Graeger,* Herrn Dekan Professor Dr. *Dürken,* Herrn Beigeordneten *Zengerlein*-Berlin, den Verfasser einer Begrüßungsschrift: Herrn Hilfsschulrektor i. R. *Schenk*-Breslau und das Ehrenmitglied *Wagner von Jauregg* besonders hervorhebt, und dem Lokalkomitee: *Wollenberg, Lange, Chotzen, Neisser* und *Georgi* für ihre Bemühungen bestens dankt. Im Namen des Rektors der Universität Breslau begrüßt Professor Dr. *Dürken* die Versammlung.

Wilmanns gedenkt alsdann der Toten mit folgenden Worten: Im vergangenen Jahre hat uns der Tod eine ganze Reihe von verdienten älteren, aber auch von hoffnungsvollen jüngeren Kollegen entrissen: Geheimer Sanitätsrat Dr. *Bluhoschin,* Landeck; Direktor Dr. *Hoegg,* Leiter der Heilstätte Waldfrieden bei Fürstenwalde; Sanitätsrat Dr. *Hoffmann* in Pfafferode bei Mühlhausen (Thüringen); Dr. *Emil Jach,* Direktor der gleichen Anstalt Pfafferode; Dr. *Heinz Klare,* Anstaltsarzt der Wittenauer Heilstätte der Stadt Berlin; Medizinalrat Dr. *Johannes Klemm,* früherer Anstaltsoberarzt der Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß; Sanitätsrat Dr. *Oskar* Kluge, früherer Direktor der Landesanstalt Potsdam; Dr. *Hugo Krahmer,* Oberarzt der Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin; Nervenarzt Dr. *Lissmann* in München; Oberarzt Dr. *Markuse* in Berlin-Lichtenberg; Reg.-Med.-Rat Dr. *Partenheimer* in Köln; Dr. *Erich Reinelt,* Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück; Dr. *Schleiss von Löwen-*

Digitized by Google

feld, Oberarzt der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing; Dr. *Schmidberger* in Linz, Niedernhard; Dr. *Arpad Selig,* Direktor der Irren- und Nervenheilanstalt Angyalföla (Budapest).

Außer diesen Herren, die in vorbildlicher Weise zumeist den größten Teil ihres Lebens den ihnen anvertrauten Kranken geopfert haben, haben wir noch einige Kollegen zu betrauern, die über ihren ärztlichen Pflichtenkreis hinaus auch unsere Wissenschaft gefördert und bereichert haben. Es sei mir erlaubt, ihrer mit einigen Worten der Dankbarkeit besonders zu gedenken.

Am 3. 1. v. Js. starb der Geheimrat Dr. *Sigbert Ganser* in Dresden. *Ganser* ging neben anderen hervorragenden Vertretern unseres Faches — *Jolly, Grashey, Kraepelin, Rieger* — aus der Schule *Rieneckers* hervor und wurde alsdann Assistent von *Gudden.* Dieser hat einen starken Einfluß auf seine wissenschaftliche Entwicklung ausgeübt. In seinen ersten Arbeiten stellte sich *Ganser* hirnanatomische Aufgaben und studierte das Gehirn des Maulwurfs, die Retina der Katze, die vordere Hirnkommissur der Säugetiere, den vorderen Hügel des corpus quadrigeminum u. a. Von historischen Interesse ist es, daß *Ganser,* wie *Nissl* gelegentlich berichtete, der intellektuelle Urheber jener von *Gudden* gestellten Preisaufgabe war, deren Lösung *Nissls* erste wissenschaftliche Großtat war. 1880 hatte sich *Ganser* in München habilitiert, ging aber, da er die Aussichten auf ein Fortkommen nicht günstig sah, in die Anstaltskarriere über. Nach mehrjähriger Tätigkeit in Sorau übernahm er 1886 die Leitung der psychiatrischen und Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses in Dresden-Friedrichstadt und 1899 die Leitung der städtischen Irrenheil- und -pflegeanstalt in Dresden, die er bis zu seinem Rücktritt 1924 behielt. In dieser Stellung fand *Ganser* die Erfüllung seines Lebens. Seine starke Inanspruchnahme durch organisatorische und sonstige praktische Tätigkeit hinderte ihn zwar an der Fortführung seiner anatomischen Arbeiten, er blieb aber wissenschaftlich stark interessiert, und es waren vor allem die Grenzgebiete zwischen Psychiatrie, Kriminalpsychologie, Jurisprudenz, Gesetzgebung und sozialer Arbeit, die ihn anzogen. Er war einer der Gründer der forensisch-psychiatrischen Vereinigung in Dresden, die den Anstoß zur Entstehung ähnlicher Vereinigungen in anderen Städten gab. Wenn in Dresden sich eine vorbildliche Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Juristen entwickelte, die auch einen starken Einfluß auf die allgemeine Verbreitung psychiatrischer Anschauungen in den Kreisen der Richter ausübte, so war das wesentlich ein Verdienst *Gansers.* Er war ein Vorkämpfer für die individualisierende Behandlung der abnormen Asozialen, und seine Ansichten, die damals auf heftigen Widerstand bei den Verwaltungsbehörden stießen, haben sich längst allgemeine Anerkennung verschafft. Sein Name wird verbunden bleiben mit der Beschreibung jener pathologischen Reaktion der Untersuchungsgefangenen, die in der alten Literatur unter der Bezeichnung »Simulation von Geistesstörung« eine gewisse Rolle spielte und seither als *Ganser*scher Dämmerzustand bekannt geworden ist. Mögen sich auch die Auffassungen über die Psychopathologie dieses Zustandes im Laufe der Jahre gewandelt haben, *Gansers* Verdienst, auf ihn als Erster nachdrücklich hingewiesen zu haben, bleibt unbestritten.

Am 16. Juni 1930 starb der ausgezeichnete Wiener Neurologe *Emil Redlich* im 65. Lebensjahr. *Redlich* studierte in Wien, zeigte schon früh

Digitized by Google

ein besonderes Interesse für die Nervenheilkunde und die pathologische Anatomie des Zentralnervensystems und wurde alsbald einer der ausgezeichnetsten Schüler und Mitarbeiter *Obersteiners*. Seine äußeren Lebensverhältnisse als Sekundärarzt an der Wiener Versorgungsanstalt waren kümmerlich. Sie besserten sich, als *Wagner v. Jauregg* den 29-Jährigen als Assistenzarzt an seine Klinik zog. Nach 3 Jahren übernahm *Redlich* die Leitung der Privatanstalt Juzersdorf und gleichzeitig die Stellung eines Abteilungsvorstandes in dem Maria-Hilfer Ambulatorium. Als 1907 *Nathanael von Rotschild* die Mittel zur Errichtung von Nervenheilanstalten stiftete, gelang es dem Einfluß *Wagner v. Jaureggs*, das Kuratorium zum Bau eines Spitals für neurologische Kranke zu bestimmen, zu dessen Leitung *Redlich* vorgesehen wurde. Durch mancherlei Hindernisse wurde die Errichtung der Anstalt verzögert, und als sie im Frühjahr 1914 endlich eröffnet werden konnte, brach der Krieg aus, und der Neubau diente zur Aufnahme eines Lazaretts, das der Leitung *Redlichs* unterstellt wurde. Erst nach dem Kriege wurde die Anstalt ihrer eigentlichen Bestimmung zugeführt und von *Redlich* zu einem mustergültigen neurologischen Krankenhause ausgebaut. Hier konnte er endlich seine organisatorischen und wissenschaftlichen Qualitäten zu voller Entfaltung bringen, bis daß er uns aus voller Tätigkeit durch den Tod entrissen wurde. Auf dem Gebiete der Neurologie hat *Redlich* eine außerordentliche Fruchtbarkeit und Vielseitigkeit entwickelt. Von seinen zahllosen Arbeiten erwähne ich diejenigen über die Pathogenese und Anatomie der Tabes dorsalis, über die Narkolepsie und ganz besonders diejenigen über die Epilepsie. Jeder, der die Freude hatte, diesen schlichten, bescheidenen, feinen und klugen Menschen gekannt zu haben, wird ihm ein treues Gedenken bewahren.

Am 19. 6. 1930 starb an den Folgen einer Operation *August Homburger*, a. o. Professor der Psychiatrie in Heidelberg. *Homburger* war in Straßburg Schüler von *Schmiedeberg, von Recklinghausen, Fürstner* und besonders *Naunyn*, in Heidelberg von *Erb* gewesen, hatte nach seinem Staatsexamen unter *Weigert, Albrecht* und *Edinger* gearbeitet und 6 Jahre hindurch als Assistenzarzt von *Knoblauch* am städtischen Siechenhaus in Frankfurt sich eine umfassende neurologische Kenntnis erworben. Alle diese Männer haben einen starken Einfluß auf die wissenschaftlichen Interessen und Arbeiten *Homburgers* ausgeübt, und er ist ihnen stets dankbar verbunden geblieben. Als der Verstorbene 1908 infolge eines Lungenleidens genötigt war, seine Tätigkeit als praktischer Nervenarzt in Frankfurt aufzugeben, gab *Nissl* dem wirtschaftlich Unabhängigen Gelegenheit zu wissenschaftlicher Betätigung und übertrug ihm ehrenamtlich die Führung der Ambulanz an der psychiatrisch-neurologischen Klinik in Heidelberg. Diese wurde das Feld seiner wissenschaftlichen Arbeit, seiner überaus regen Lehrtätigkeit und vor allem auch seiner ungemein fruchtbaren sozialen Fürsorge für die gefährdete und verwahrloste Jugend, die er in enger Fühlung mit den Behörden und durch Abhaltung seiner stark besuchten heilpädagogischen Beratungsstunden in vorbildlicher Weise auszubauen wußte. Das Lebenswerk *Homburgers* war nicht die Frucht des Ehrgeizes oder eines Bedürfnisses nach Anerkennung, sondern das natürliche Ergebnis seines ursprünglichen Dranges nach Erkenntnis, einer ehrlichen ärztlichen Opferwilligkeit und aufrichtigen menschlichen Güte. Eitelkeit und Überheblichkeit waren ihm fremd; im Gegenteil, seinen eigenen Leistungen stand er

Digitized by Google

zweifelnd und skeptisch gegenüber und entschloß sich schwer, sein immer wieder überfeiltes Manuskript in Druck zu geben. Seine gründlichen Arbeiten über neurologische Symptome bei Alterserkrankungen, die medikamentöse Behandlung bei Schlafstörungen, die Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener und auch seine späteren über die motorischen Infantilismen, die Motorik des Normalen und des Schizophrenen sind kaum über den Kreis engerer Fachgenossen bekannt geworden. Erst seine Psychopathologie des Kindesalters trug seinen Namen über die deutschen Grenzen hinaus, da es nicht nur die Erfahrungen eines feinfühligen und kenntnisreichen Psychologen und Psychiaters in vorbildlicher Weise zusammenfaßt, sondern gleichzeitig das Bekenntnis eines gebildeten und gütigen Arztes und Menschen darstellt.

Am 19. 10. v. Js., wenige Tage vor Vollendung seines 77. Lebensjahres, ist *Konstantin von Monakow* gestorben. Bereits während seines Medizinstudiums in Zürich wurde sein Interesse am Zentralnervensystem durch den Physiologen *Hermann* geweckt, und als Student arbeitete er als Unterassistent bei *Hitzig* im Burghölzli. Nach abgelegter Staatsprüfung ging *v. Monakow* nach München, wo er reiche Anregungen von *Gudden* erhielt, der auch auf ihn einen bestimmenden Einfluß ausübte. Vergeblich bemühte er sich, von *Gudden* unterstützt, um eine Assistensarztstelle bei ihm. Nach manchen Enttäuschungen gelang es dem 24-Jährigen, eine Hilfsarztstellung an der ostschweizerischen Anstalt St. Pirminsberg zu erhalten. Hier entstanden in rastloser Tätigkeit unter den primitivsten Verhältnissen und ohne jede Anregung von außen seine ersten grundlegenden experimentellen Arbeiten in der Hirnanatomie. Nachdem er diese Stellung fast 8 Jahre innegehabt hatte, erhielt *v. Monakow* einen Studienurlaub, den er in Berlin zur Vertiefung seines Wissens in der Klinik von *Westphal* und den Polikliniken von *Mendel* und *Oppenheim* verbrachte, um sich bald nach seiner Rückkehr mit 32 Jahren als Privatdozent für Neurologie in Zürich zu habilitieren; 1884 wurde er a. o. Professor. Die ersten Arbeiten *v. Monakows* waren deskriptiv anatomischen Inhalts: über den Thalamus und seine Beziehungen zur Großhirnrinde, die corpora geniculata, die Pyramidenbahn, die regio subthalamica, das Kleinhirn usw. Allmählich zog er die pathologische Anatomie in sein Forschungsgebiet hinein, und so entstanden die Arbeiten über die zentralen Sehbahnen und Sehzentren in ihren Beziehungen zur Hemianopsie und Ataxie, Studien über Porencephalie und sonstige zerebrale Defektzustände. 1897 erschien als ein Markstein unserer Fachwissenschaft in Nothnagels Handbuch das größere Werk über die Gehirnpathologie, das den Ergebnissen seiner eigenen und fremder Forschungen in den Kreisen der Praktiker große Verbreitung verschaffte. Seit Beginn des Jahrhunderts wandte *v. Monakow* in wachsendem Maße der pathologischen Physiologie des Gehirns sein Interesse zu, und 1914 erschien sein zweites zusammenfassendes Werk, »Die Lokalisation im Gehirn und der Abbau der Funktion durch kortikale Herde«. *v. Monakows* Diaschisislehre und seine chronogene Betrachtungsweise, die uns die wichtige Rolle erkennen läßt, die der Zeit als Träger der Entwicklung, des Werdens, des Aufbaus und Abbaus des Gehirns und seiner Funktionen zukommt, haben uns — mag man sich im einzelnen dazu stellen wie man will — gewaltige Anregungen verschafft. Im hohen Alter überschritt *v. Monakow*, wie manch anderer bedeutender Naturforscher vor ihm, die Grenzen der Naturwissenschaft und

Digitized by Google

wagte sich in seinem unstillbaren Erkenntnisdrang in seiner »biologischen Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie« auf metaphysisches Gebiet. Auch wer ihm darin nicht zu folgen vermag, wird das Werk als die letzte Äußerung eines ungewöhnlich begabten und verdienstvollen Forschers, als das Dokument eines wirklich großen Mannes würdigen und hochschätzen.

Am 10. 5. 1930 starb der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim, *Otto Mönkemöller,* kurz vor Vollendung seines 63. Lebensjahres. Nachdem er in seiner Vaterstadt Bonn studiert und sich im städtischen Krankenhaus Remscheid in der allgemeinen Medizin weiter ausgebildet hatte, wandte er sich 1893 ganz der Psychiatrie zu und wurde unter *Moeli* Assistenzarzt in Herzberge. Nach 7jähriger Tätigkeit wurde er 1900 Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück, 1906 Oberarzt an der Hildesheimer Anstalt, 1914 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Langenhagen, 1919 übernahm er die Leitung der Anstalt in Hildesheim und behielt sie trotz schwer erschütterter Gesundheit bis wenige Wochen vor seinem Tode. *Mönkemöller* hat sich neben seiner praktischen und organisatorischen Tätigkeit sein ganzes Leben hindurch eifrig der wissenschaftlichen Psychiatrie und ihren Grenzgebieten gewidmet und uns eine Fülle von zum Teil grundlegenden Arbeiten geschenkt. Als Assistenzarzt in Herzberge war er der erste, der die Aufmerksamkeit auf die große Verbreitung psychischer Mängel unter den Fürsorgezöglingen lenkte und 1899 die vorbildlich gewordene psychiatrische Durchforschung der Zwangszöglinge der Berliner Anstalten in Lichtenberg veröffentlichte. In den hannoverschen Erziehungsanstalten hat *Mönkemöller* späterhin seine Untersuchungen an Fürsorgezöglingen fortgesetzt und eine große Zahl von Berichten, Aufsätzen und Vorträgen über die notwendige Mitarbeit des Psychiaters bei der Erziehung Jugendlicher publiziert. Wenn die anfängliche mißtrauische Ablehnung der Leiter der Erziehungsanstalten gegen die Zusammenarbeit mit den Psychiatern allmählich überwunden wurde, so war das nicht zum mindesten ein Verdienst *Mönkemöllers*. Auch in seinem 1908 erschienenen Werk »Korrigendenanstalt und Landarmenhaus«, in dem er die Untersuchungen an 100 Prostituierten und Landstreicherinnen des Arbeitshauses Himmelstür wiedergab, leistete *Mönkemöller* Pionierarbeit. Er war einer der wenigen Psychiater, die sich durch gründliche Untersuchungen in Fürsorge- und Korrigendenanstalten ein eigenes Urteil über die ungeheure Verbreitung psychischer Abnormitäten unter den asozialen und antisozialen Persönlichkeiten verschafft hatte. Wenn er trotzdem die Vorschläge in den Entwürfen zu einem neuen Strafgesetzbuch über Verwahrung und Sicherung vermindert zurechnungsfähiger und gemeingefährlicher Rechtsbrecher billigte und auch das geplante Bewahrungsgesetz nicht als Utopie ablehnte, so war das wohl auf die starke suggestive Wirkung zurückzuführen, die von den Weltverbesserern der Nachkriegszeit auch auf ihn ausging. Immerhin wollte *Mönkemöller* die Verwahrung und Sicherung Asozialer und Antisozialer an Voraussetzungen gebunden wissen, die verhindern sollten, »daß Personen, die nicht dahin gehören, einer Dauerverwahrung anheimfallen und viele andere, denen die unbestrittene Anwartschaft darauf zusteht, sie entbehren müssen«, und seine dahingehenden Vorschläge stehen in ihrem Weitblick und ihrer Gründlichkeit in einem eigenartigen Widerspruch zu der Leichtfertigkeit und Oberflächlichkeit, mit de-

Digitized by Google

nen die Entwürfe über das Schicksal gewohnheitsmäßiger Gesellschaftsfeinde zu entscheiden gedenken. Auf dem Grenzgebiet zwischen Psychiatrie, forensischer und sozialer Medizin und Fürsorgewesen liegen die Hauptverdienste *Mönkemöllers*. Daneben hat der Verstorbene jedoch auch historische Interessen gehabt und die Psychiatrie durch wertvolle Beiträge zu ihrer Geschichte bereichert. Die praktischen Irrenärzte betrauern in *Mönkemöller* überdies einen organisatorisch begabten Kollegen, der in der Einrichtung der sog. pflegerlosen Abteilungen neue Wege zu der unbedingt notwendigen Sparsamkeit in der künftigen Irrenfürsorge wies.

Am 7. 1. 31 starb im 74. Lebensjahr der ehemalige Ordinarius der Psychiatrie und Neurologie in Kiel, Professor Dr. *Ernst Siemerling*. *Siemerling* war ein Schüler *Hitzigs*, unter dem er ein Jahr in der Anstalt Nietleben gearbeitet hat, ferner *Carl Westphals* und *Friedrich Jollys*, unter deren Leitung er fast 10 Jahre von 1884—1893 als Assistenzarzt an der Charité tätig war. Nachdem er sich 1888 bereits in Berlin habilitiert hatte, nahm er 1893 einen Ruf nach Tübingen an, 1900 nach Kiel. Beide Universitäten verdanken ihm den Neubau mustergültiger psychiatrisch-neurologischer Kliniken. Trotz wiederholter Rufe nach Göttingen, Halle, Bonn, Breslau und Hamburg blieb *Siemerling* bis zu seiner Zurruhesetzung 1926 der Universität Kiel treu. *Siemerling* hat sich mit Vorliebe pathologisch-anatomischen Aufgaben zugewandt. Bekannt sind seine Arbeiten über die Pseudobulbärparalyse und die akute Bulbärparalyse, über die zweckmäßigste Art der Gehirnsektion und sein Aufsatz über die Technik und Härtung großer Gehirnschnitte, in dem er zum ersten Male die Entmarkungsherde bei der Paralyse beschreibt. Von besonderer Bedeutung wurde seine Arbeit über die pathologische Anatomie und Pathogenese der multiplen Sklerose, die er mit seinem Schüler *Raecke* zusammen verfaßte. Auf klinischem Gebiete hat *Siemerling* den Psychosen nach Infektionskrankheiten, den sog. Generationspsychosen und besonders den epileptischen Bewußtseinsstörungen Interesse entgegengebracht. Wiederholt und eingehend hat er sich mit dem forensischen Grenzgebiete beschäftigt, mit den sog. geisteskranken Verbrechern und den Psychosen der Untersuchungsgefangenen, die auch Gegenstand aufschlußreicher Arbeiten durch seine Schüler wurden. Den Lehren *Kraepelins* stand *Siemerling* ablehnend gegenüber, und das sog. Sechsmännerbuch von *Siemerling* und *Binswanger* war wesentlich als Abwehr gegen *Kraepelins* Anschauungen gedacht. Als Freund *Althofs* war er lange Zeit sein Berater in psychiatrischen Berufungsangelegenheiten und hat auch dadurch einen starken Einfluß auf die Entwicklung der deutschen Psychiatrie ausgeübt. Während der letzten Jahre seines Lebens lebte *Siemerling* durch schwere Schicksalsschläge erschüttert — er verlor 1918 beide Söhne auf dem Schlachtfelde — im Ruhestand in Berlin, wo er nach kurzer Krankheit vor drei Monaten verschied.

Lassen Sie mich noch zweier bedeutenden Männer gedenken, die zwar nicht Mitglieder unseres Vereins waren, aber doch durch zahlreiche Beziehungen mit der deutschen Psychiatrie und damit auch mit uns verbunden waren.

Im vorigen Jahr starb der italienische Psychiater und Neurologe *Giovanni Mingazzini* im Alter von 70 Jahren. *Mingazzini* wurde 1859 geboren. Nachdem er sich als 30-Jähriger in Rom für Anatomie habilitiert hatte, übernahm er 2 Jahre später die Prosektur an der staatlichen Irren-

Digitized by Google

anstalt und wandte sich allmählich der Psychiatrie ganz zu. Er habilitierte sich 1893 für Psychiatrie und Neurologie, wurde 1897 ordentl. Professor und Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik, 1907 außerdem noch Direktor der Landesirrenanstalt in Rom in der Lugara. Bis zu seinem Tode hat *Mingazzini* nicht nur die Last der Leitung zweier großer Organisationen getragen, sondern vor allem auch eine wissenschaftliche Leistung von ganz ungewöhnlichem Umfange verrichtet. Seine Arbeiten bauten sich, seiner ganzen Entwicklung entsprechend, auf pathologisch-anatomischem Boden auf. Ich erwähne von ihnen nur seine Arbeiten über die Aphasie, seine Monographie über den Balken und endlich sein abschließendes Lebenswerk, die anatomia clinica dei centri nervosi. Wir sind *Mingazzini* außerdem Dank und Verehrung schuldig für die unbeirrbare Treue, die dieser Mann auch in einer Zeit uns bewahrt hat, wo der Deutsche in Italien in Acht und Bann getan war. *Mingazzini* war der erste Psychiater, der nach dem Kriege wieder wissenschaftliche und freundschaftliche Beziehungen mit uns anknüpfte, und seinem unermüdlichen tapferen und energischen Einsetzen für unsere großen und kleinen Interessen verdanken wir die Erhaltung der deutschen zoologischen Station in Neapel, *Kraepelin* die seines Alterssitzes in Pallanza.

Ich erinnere schließlich noch an einen Schweizer Anstaltsarzt, der in seiner Zurückhaltung und Bescheidenheit vielleicht nur wenigen unter den Anwesenden bekannt geworden ist, der aber bei allen, die die Freude hatten, ihm näher getreten zu sein, in lebendigem Gedächtnis bleiben wird: er ist der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Rheinau, der am 30. 1. 1931 als 64-Jähriger verstorbene Dr. *Fritz Ris*. *Ris* war der geborene Naturforscher, der schon mit 19 Jahren die Entomologen mit einer Arbeit über die Schweizer Libellen überraschte und sich durch die Veröffentlichung zahlreicher grundlegender und zum Teil sehr umfassender Werke im Laufe der Jahre als Systematiker und Biologe in der Entomologie Weltruf erwarb. Seine wertvollen Sammlungen hat er dem entomologischem Museum Berlin-Dahlem und der Technischen Hochschule Zürich hinterlassen. Neben der Zoologie hat sich der unermüdlich fleißige Junggeselle als Schüler von *Forel* und *Golgi* auch hirnanatomisch beschäftigt. Im Mittelpunkt seines Interesses stand die Paralyse, und schon im Jahre 1899 wandte er sich gegen die *Möbius*sche Theorie von der Metalues, behauptete, die Paralyse sei ein syphilitischer Entzündungsprozeß und sagte voraus, daß es einst gelingen werde, seine Ansicht durch Nachweis des Erregers zu beweisen. Seine gründlichen Untersuchungen über die Paralyse waren nahezu abgeschlossen und publikationsreif, als 1907 die *Alzheimer*sche Arbeit erschien, die *Ris* bestimmte, die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen nur mit wenigen Worten noch zu veröffentlichen. Wer aus der außerordentlichen wissenschaftlichen Fruchtbarkeit des Verstorbenen in der Entomologie auf einen weltfremden Gelehrten und trockenen Systematiker schließen wollte, würde irren. *Ris* war ein Mann, der die halbe Welt bereist und auf den verschiedensten Gebieten der Natur- sowohl wie der Geisteswissenschaften umfassendes Wissen und eigene Erfahrungen gesammelt hatte, der die Fortschritte der Psychiatrie, obwohl er selbst als exakter Naturforscher nichts darüber veröffentlichte, mit regem Interesse verfolgte, viele Jahre hindurch Vorsitzender des Schweizer Vereins für Psychiatrie und daneben, oder richtiger gesagt, in erster Linie ein vorbildlicher Anstaltsdirektor von

Digitized by Google

starker praktischer Begabung war, der jedem einzelnen seiner Kranken warme Güte entgegenbrachte. Was mich aber besonders veranlaßte, dieses ungewöhnlichen Mannes heute mit einigen Worten der Dankbarkeit zu gedenken, war — wie bei *Mingazzini* — die Hilfsbereitschaft und warme Verbundenheit, die er in vorderster Reihe der deutsch-schweizer Irrenärzte den jungen deutschen Psychiatern nach dem Kriege in Wort und Tat gezeigt hat.

Zur Ehrung der Verstorbenen erhebt sich die Versammlung von ihren Plätzen.

A. Referate:

Jossmann-Berlin: Erfolge der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. Klinische Ergebnisse.

Dem Referat liegen Untersuchungen von ca. 2200 Paralytikern zugrunde, die in der Zeit von 1922 bis Mitte 1929 fieberbehandelt worden sind. Außer den Patienten der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité wurden die in den 3 Berliner Heil- und Pflegeanstalten der Stadt Berlin (Buch, Herzberge, Wittenau) behandelten Paralytiker in den Untersuchungsplan einbezogen, ferner ca. 100 in den Kuranstalten Westend behandelte Paralysen. Bei dieser Zusammensetzung des Materials, das den wesentlichen Teil der in Berlin fieberbehandelten Paralysen darstellt, konnten alle Stadien der Erkrankung und alle Bevölkerungsschichten erfaßt werden. Das Gesamtmaterial wurde in 2 große Gruppen geteilt, nämlich die Fälle der 1922—1925 behandelten Paralysen mit einer längsten Beobachtungszeit von 9, einer kürzesten von 5 Jahren, ferner die der Jahre 1926 bis Mitte 1929 mit einer längsten Beobachtungszeit von 4, einer kürzesten von $1^3/_4$ Jahren. Die Ergebnisse wurden nach 4 Gesichtspunkten gegliedert: I. Sog. Vollremissionen, II. unvollständige Remissionen, III. Versager, IV. Todesfälle. Die Gesichtspunkte für die Eingliederung in die einzelnen Gruppen werden besprochen; dabei ergibt sich die Gelegenheit auf die Bedeutung der Begriffe Arbeitsfähigkeit und Arbeitstätigkeit, sowie auf ihre Beziehung zum klinischen Heilerfolg einzugehen. Die klinischen Ergebnisse werden zunächst an Hand von Tabellen erläutert. In einer Gesamtübersicht werden die bei allen Fällen (ohne Unterschied des zur Behandlung benutzten reiztherapeutischen Mittels) überhaupt ermittelten statistischen Ergebnisse demonstriert. Es handelt sich um 1762 Männer und 353 Frauen. Die im einzelnen ermittelten Werte unterscheiden sich zum Teil nicht unerheblich in den verschiedenen Kliniken; ausschlaggebend hierfür waren die Behandlungsgesichtspunkte, die Verschiedenheit des Materials, schließlich auch die im Laufe der Jahre größer gewordene Erfahrung. Das Gesamtergebnis zeigt folgende Werte: Gruppe I 412 Fälle (23,4%), Gruppe II 305 Fälle (17,3%), Gruppe III 456 Fälle (25,8%), Gruppe IV 589 Fälle (35,5%). Bei den Frauen differieren die Gesamtergebnisse nicht wesentlich von denen der Männer. Der verhältnismäßig hohe Prozentsatz von Todesfällen erklärt sich, abgesehen von der Tatsache, daß fast alle Fälle also auch inveterierte Erkrankungen behandelt wurden, damit, daß die Gruppe IV auch alle im Laufe von 9 Jahren schicksalsmäßig Verstorbenen mitumfaßt. Die zweite Tabelle zeigt die verschiedenen Ergebnisse nach den Behandlungsmitteln geordnet. Die Werte bei einmaliger Malariabehandlung kommen den in der Gesamtstatistik ermittelten Ziffern sehr nahe (1668

Digitized by Google

Fälle). Das Ergebnis bei zweimaliger Malariabehandlung zeigt, daß die Prognose zunächst refraktärer Fälle nicht immer ungünstig zu sein braucht. Die Ergebnisse bei Behandlung mit Recurrens, Sulfosin, Pyrifer sind an einer relativ kleinen Zahl von Beobachtungen gewonnen, so daß den statistisch ermittelten Erfolgsziffern nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden kann wie bei der Malariabehandlung; jedoch läßt sich soviel sagen, daß eine bemerkenswerte Zahl guter Remissionen auch hier erzielt werden konnte. Die nächsten Tabellen demonstrieren eine Reihe von Ergebnissen anderer Autoren seit 1922. Berücksichtigt wurden nur Mitteilungen, die mehr als 50 Fälle umfaßten. Zu Vergleichszwecken wurden die im einzelnen gefundenen Resultate nach den 4 Ergebnisgruppen des vorliegenden Referats geordnet. Die nächste Übersicht illustriert die Beziehungen der klinischen Formen zu den Erfolgsgruppen. Die allgemein beobachtete günstige Prognose expansiv-manischer Zustandsbilder wird auch an dem vorliegenden Material bestätigt; sie gilt in ähnlicher Weise für die depressiven Formen. Der — in absoluten Zahlen — große Anteil stumpf-dementer Fälle an den guten Remissionen erklärt sich aus der überwiegenden Häufigkeit dieser klinischen Form. Die juvenilen Paralysen zeigen entsprechend den allgemeinen Erfahrungen eine im ganzen schlechtere Prognose, die aber doch nicht als absolut ungünstig zu bezeichnen ist. Die Übersichten über die Beziehungen des Durchschnittsalters und der Krankheitsdauer zu den einzelnen Erfolgsgruppen zeigen, daß im allgemeinen die in jüngerem Lebensalter aufgetretenen Erkrankungen, besonders wenn sie frühzeitig in Behandlung kamen, die beste Prognose ergaben. Eine Sonderbetrachtung der Fälle, die im Alter von über 60 Jahren behandelt wurden, zeigt, daß die Therapie auch dann keineswegs aussichtslos ist. Die Verteilung der spezifisch vorbehandelten und der nicht vorbehandelten Fälle auf die einzelnen Erfolgsgruppen zeigt ein Überwiegen der vorbehandelten in den guten Erfolgsgruppen und ein Überwiegen der Nichtvorbehandelten in der Gruppe der Verstorbenen. Die Verteilung der Berufe unterscheidet sich in bezeichnender Weise nach den einzelnen Instituten bzw. der Zusammensetzung des aus verschiedenen sozialen Schichten herrührenden Krankenmaterials. Die letzte Tabelle zeigt die Absterbeordnung. Die Gruppe IV ist hier untergeteilt, je nachdem der Tod im Zusammenhang mit der Behandlung oder nicht im Zusammenhang mit ihr erfolgte. Die Ziffern der Todesfälle, im Zusammenhang mit der Behandlung, demonstrieren die eingreifende Wirkung der Reiztherapie, die unter ungünstigen Voraussetzungen eine nicht unerhebliche Verkürzung der Lebens- bzw. Krankheitsdauer bewirkt. Die Ziffern der Todesfälle, die nicht im Zusammenhang mit der Behandlung erfolgten, entsprechen der bei der Paralyse ermittelten schicksalsmäßigen Absterbeordnung mit geringen Unterschieden. Im Anschluß an die Darstellung der statistisch ermittelten Werte werden die klinischen Ergebnisse im einzelnen besprochen. Von den körperlichen Symptomen sind nicht beeinflussungsfähig alle die Ausfälle, die man auf eine irreversible Störung des anatomischen Substrats beziehen muß; besserungsfähig sind außer vegetativ-paralytischen Störungen diejenigen neurologischen Symptome, die auf reversible anatomische Prozesse hindeuten bzw. als Reizerscheinungen aufzufassen sind. Mit den Veränderungen bzw. Besserungen der Sprache und der Schrift ist der Übergang zur Beurteilung der psychischen Zustandsbilder gegeben. Besondere Berücksichtigung verdient dabei die in neuerer Zeit eingehender

Digitized by Google

untersuchte Abhängigkeit von Ausdrucksmaterial und Zielgestalt. Damit wird der Zugang zu dem psychopathologischen Hauptproblem eröffnet, der paralytischen Demenz. Sowohl die Reversibilität paralytischer Zustandsbilder als auch das mit klinischen Mitteln nicht mehr eindeutig rubrizierbare, intellektuelle Verhalten der besten Remissionen gaben die Hauptmotive ab, den traditionellen Begriff der Demenz zu revidieren. Unter Hinweis auf die Ergebnisse denkpsychologischer Untersuchungen werden die einzelnen Gesichtspunkte besprochen, die für die Psychopathologie des defektgeheilten Paralytikers in Ergänzung des üblichen klinischen Untersuchungsschemas von Bedeutung sind. — Anschließend werden die Erfahrungen mit der Enzephalographie bei Paralytikern besprochen. So berechtigt Versuche sind, auf diesem Wege die Prognose der Reiztherapie vorherzubestimmen, so ist im allgemeinen doch zu sagen, daß gegenwärtig das enzephalographische Bild keineswegs mit der gleichen Sicherheit wie etwa die Feststellung einer malignen Tumormetastase die Aussichtslosigkeit einer Therapie verbürgen kann. Die Psychopathologie hat durch die im Zusammenhang mit der Reiztherapie beobachteten atypischen Zustandsbilder eine wesentliche Bereicherung erfahren. Die Beobachtungen *Bostroems* bezüglich der besonderen Zustandsbilder und Verläufe bei Patienten, die dem manisch-depressiven Formenkreis angehören, werden bestätigt. Dagegen wird der *Bostroem*schen Hypothese der organischen Provokation endogener Psychosen nicht beigepflichtet. Die Gründe dafür werden im einzelnen erläutert. Ferner werden die deliranten und paranoid-halluzinatorischen Zustandsbilder besprochen. Die atypischen Formen werden als Kombinationen des paralytischen Prozesses mit einer zweiten synchron verlaufenden Psychose, sei sie nun exogenen oder endogenen Ursprungs, beurteilt. Die Ergebnisse des Referats werden in folgenden Leitsätzen zusammengefaßt. Die Reiztherapie hat bisher niemals erreichte Erfolge in der Beeinflussung der progressiven Paralyse gebracht. In über 40% des Materials ließen sich klinische Besserungen erzielen. Darunter wurden in 23% praktische Heilungen erreicht, die zwar nur in seltenen Fällen paralytische Narbensymptome vermissen lassen, an deren sozialer Brauchbarkeit jedoch kein Zweifel besteht. Das Kunstprodukt des defektgeheilten Paralytikers gibt besonderen Anlaß, die Wirksamkeit der Reiztherapie zu vervollkommnen. Die Wahl des reiztherapeutischen Mittels läßt sich gegenwärtig noch nicht endgültig entscheiden. Die klinischen wie die humoralpathologischen Ergebnisse sprechen dafür, daß grundsätzliche Unterschiede nicht zu bestehen scheinen, wie das im übrigen den theoretischen Vorstellungen vom Wesen der unspezifischen Therapie entspricht. Die Prognose ist von einer Reihe von Faktoren abhängig. Die besten Remissionschancen haben die initialen Stadien der Paralyse. Die Latenzzeit scheint keine besondere Bedeutung zu haben, dagegen begünstigt eine vorangegangene spezifische Behandlung vielleicht den Erfolg. Die spezifische Nachbehandlung hat das klinische Ergebnis nicht mit eklatanter Regelmäßigkeit beeinflußt, jedoch geben die Erfahrungen der französischen Autoren Anlaß zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung. Die optimale Frühbehandlung besteht in der prophylaktischen Sanierung des Luetikers. Abschließend wird des befruchtenden Einflusses gedacht, den die Reiztherapie auf die Problementwicklung nicht nur der Psychiatrie, sondern der modernen Medizin überhaupt gehabt hat. (Erscheint ausführlich in der Allg. Z. Psychiatr. 95. Band.)

Digitized by Google

Kurt Schneider-Köln: Die Reizkörpertherapie der Paralyse. Soziale Fragen.

1. Berufsfähigkeit. Klinischer Heilerfolg und Berufstätigkeit decken sich aus verschiedenen Gründen nicht immer. — Hier ist nicht mehr davon die Rede, inwieweit behandelte Paralytiker tatsächlich wieder arbeiten, sondern davon, welche Berufe man ihnen erlauben soll; solche, von denen die öffentliche Sicherheit unmittelbar abhängt, sind auf keinen Fall zu gestatten. Im übrigen gilt der Grundsatz: Ausgleich zwischen Recht auf Arbeit und Schutz der Allgemeinheit. Vielfach wird man auf eine mit anderen gemeinsame kollegiale Tätigkeit dringen, so bei Ärzten und Richtern. — 2. Strafrecht. Schon die Kriminalität unbehandelter Paralytiker ist nicht eben groß. Behandelte sind infolge der mangelhaften Aktivität und psychischen Lahmheit vollends selten kriminell. Manche optimistische Therapeuten haben den Ehrgeiz, den gut remittierenden Paralytikern die Zurechnungsfähigkeit zuzuerkennen. Es wird (unter den an sich schon seltenen Fällen behandelter krimineller Paralytiker) äußerst selten so erfolgreich behandelte Fälle geben, daß man mit gutem Gewissen von dem Grundsatz in dubio pro reo abgehen könnte. Auch gut remittierende sichere Paralytiker sind grundsätzlich unzurechnungsfähig. Wenn sie kriminell werden, gehören sie interniert. Auch verminderte Zurechnungsfähigkeit kommt für solche Fälle nicht in Frage. — Mit der Annahme der Haftfähigkeit bei nach dem Delikt paralytisch Gewordenen wird man mehrere Jahre guter Remission abwarten müssen. Mitunter wird Wiederaufnahme eines Verfahrens, das wegen eines in der Paralyse begangenen Deliktes verhängt wurde, von dem Behandelten betrieben. — 3. Bürgerliches Recht. Bei behandelten Paralytikern ist nicht selten die Geschäftsfähigkeit zu bejahen. Hier muß man weitherziger sein als bei der Zurechnungsfähigkeit. Auch Entmündigung ist nicht immer, solche wegen Geisteskrankheit bei guten Remissionen sogar selten nötig. Alle Abstufungen kommen gelegentlich in Frage. Die individuellen Verhältnisse sind hier sehr zu beachten, sowohl wirtschaftliche wie psychopathologische. — Eherechtlich kommt gelegentlich Anfechtung vor — wegen der erst jetzt bekannt gewordenen Lues des Ehepartners. Auch Ehescheidung wird heute häufiger aktuell als vor der Behandlung, da die Paralyse im allgemeinen eine absehbare Krankheit war. Der Nachweis der 3 Jahre kann jetzt recht schwierig sein, ebenso ist die Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft oft nicht so ohne weiteres als aussischtslos zu bezeichnen. — 4. Sozialhgienisches. Eheschließung ist wegen der Unsicherheit der Zukunft auch dann zu widerraten, wenn sie juristisch möglich wäre. Bezüglich der Nachkommenschaft sind keine neuen Gesichtspunkte aufgetreten. — Unterbrechung der Schwangerschaft ist auch heute nicht angezeigt. Nur wenn eine mit gutem Erfolg behandelte Paralytische schwanger wird und nun Anzeichen eines Rückfalles eintreten, wird man unterbrechen. Anscheinend darf man schwangere Paralytische mit milden Fieberkuren behandeln, die Erfahrungen sind hier aber überall noch sehr klein. — Rein sozial gesehen hat der glänzende ärztliche Triumph der modernen Paralysebehandlung seine Kehrseite. Die wenigen praktisch geheilten Fälle spielen sozial keine Rolle gegenüber der die Allgemeinheit schwer belastenden Tatsache, daß es jetzt eine chronische Paralyse gibt. (Erscheint ausführlich in der Allg. Z. Psychiatr. 95. Band.)

Digitized by Google

Plaut-München: Die Reizkörpertherapie der Paralyse. Humorale Beeinflussung und biologische Probleme.

Im ersten Teil des Referates wird die Beeinflussung der Liquorveränderungen und der syphilitischen Blutreaktionen durch die Reizkörpertherapie insbesondere durch die Infektionstherapie erörtert. Das Verhalten des Liquors im ersten Jahre nach Abschluß der Therapie läßt beim Überblick über ein großes Material erkennen, daß in der Frühperiode humoral unbeeinflußbare bleibende Fälle recht ungünstige, hingegen Fälle mit frühzeitiger weitgehender Besserung der Liquorveränderungen relativ günstige prognostische Aussichten bieten. Geringfügige humorale Besserungen in der Frühperiode sind ohne prognostische Bedeutung. Bei Dauerremissionen nimmt von Jahr zu Jahr die Zahl der liquorsanierten und blutnegativen Fälle zu, so daß nach 5—10 Jahren nur eine geringe Zahl von Kranken mit pathologischen Befunden übrigbleibt. Ungefähr die gleichen Verhältnisse wie die remittierten zeigen nach der Infektionstherapie stationär werdende Fälle. Die spontan, ohne Infektionstherapie und ohne forcierte spezifische Behandlung, klinisch zum Stillstand kommenden Paralysen verlieren ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle, aber nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit wie die therapierten Remissionen, ihre pathologischen humoralen Befunde. Das mehrjährige Fortbestehen schwerer Liquorveränderungen bietet auch bei klinisch remittierten Fällen ungünstige Aussichten. Die meisten Fälle dieser Art rezidivieren. Andererseits scheinen Remissionen, die 2 Jahre hindurch normalen Liquor aufweisen, vor Rezidiven ziemlich sicher geschützt zu sein. Ein drohendes Rezidiv kündigt sich nicht immer in einer vorausgehenden Verschlechterung des Liquorzustandes an. Im großen ganzen ergibt sich der Eindruck, daß das Verschwinden der Liquorveränderungen auf eine Inaktivierung, die Unbeeinflußbarkeit der Liquorveränderungen auf ein Fortbestehen der Spirochätentätigkeit im Gehirn hinweist. Im zweiten Teil des Referates werden die Reaktionsfolgen unspezifischen Charakters besprochen, die sich während des Ablaufs des Fiebers in der Blutbahn abspielen: die Beeinflussung des weißen Blutbildes und die Umwälzungen hinsichtlich der chemischen Zusammensetzung des Plasmas. Der Auffassung, daß man es hierbei mit Abwehrmaßnahmen des Organismus zu tun hat, wird beigepflichtet, ohne daß es schon als statthaft anerkannt wird, einem einzelnen reaktiven Symptom eine besondere Bedeutung für den Heilerfolg zuzubilligen. Weiterhin werden die serologisch faßbaren Immunitätsphänomene geschildert, die die Reiztherapie auszulösen vermag — Steigerung der unspezifischen Bakterizidie der Körperflüssigkeiten sowie Zunahme der spezifischen Antikörper — letzteres im bereits immunisierten Organismus. Dabei wird betont, daß bei der Syphilis als Krankheit — im Gegensatz zu Laboratoriumsversuchen mit Kulturspirochäten — spezifische Pallida-Antikörper bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden konnten, und daß es deshalb nicht ratsam erscheint, eine etwaige Zunahme spirochätozider Wirkungen der Körperflüssigkeiten nach der Impfinfektion auf spezifische Pallida-Antikörper zu beziehen. Erörtert werden ferner die Beobachtungen über die gegenseitige Beeinflussung von Krankheitserregern bei Mischinfektionen, die Abschwächung einer Infektion durch eine hinzutretende zweite Infektion im Sinne einer »Depressionsimmunität«. Es ist nicht wahrscheinlich, daß bei Mischinfektionen im allgemeinen und auch nicht bei den Mischinfektionen, die wir bei der Paralyse durch Malaria,

Digitized by Google

Rekurrens oder Sodoku setzen, direkte antagonistische Wirkungen von einem Mikroben auf den anderen die ausschlaggebende Rolle spielen. Wesentlich für die Heilwirkung der Impfinfektion bei Paralyse ist der glückliche Umstand, daß der allgemeine Abwehrapparat durch den paralytischen Prozeß nicht lädiert wird. (Erscheint ausführlich in der Allg. Z. Psychiatr. 95. Band.)

B. Vorträge (zunächst die mit dem Thema der Referate in Zusammenhang stehenden):

Kirschbaum-Hamburg: Die klinische Bedeutung der Liquorphänomene bei der Infektionsbehandlung der Dementia paralytica.

Einleitend wird über die Ergebnisse der Infektionsbehandlung der in den Jahren 1919/20 vor 10—12 Jahren mit Malaria- und Rekurrensfieber behandelten ersten 50 Fälle der Hamburger psychiatrischen Universitätsklinik (Prof. *Weygandt*) berichtet. Der Vortragende hat zusammen mit Prof. *Weygandt* 1921 auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Dresden — gerade jetzt vor 10 Jahren — über die damals gewonnenen Resultate berichtet. In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse vom Jahre 1921 denen vom Jahre 1931 gegenübergestellt.

Infektionsbehandlung 1919/1920, 50 Fälle (Dementia paralytica),

ergab 1921:				1931: Berufsfähige, ausgeheilt	†	Stationär, defect.	Ohne Nachricht
Remission	I	14		10	2		2
„	II	16		5	5	1	5
„	III		6	2	2		2
nicht gebessert	IV		7		5	2	
„ „	V†		7		7		
gute Remissionen:		60%		17	21	3	9
Remissionen überhaupt:		72%		34%	42%	6%	18%

Es ergibt sich daraus, daß von den 50 Patienten heute 17 (34%) als ausgeheilt, gesund in alter Weise lebenstüchtig ihrem Beruf obliegen, 21 (42%) sind gestorben, 3 (6%) sind als stationäre, chronische Paralytiker in der Anstalt in Behandlung. Über 9 Fälle (18%) war keine sichere Nachricht zu erhalten.

Dieses wahrscheinlich endgültige Resultat zeigt, daß die Hälfte der 1921 erreichten vorläufigen Remissionen tatsächlich zu Dauerheilungen geführt hat. Hieraus ergibt sich der außerordentliche tatsächliche Fortschritt der Infektionsfiebertherapie bei Dementia paralytica.

Die Mehrzahl der heute noch lebenden vor 10—12 Jahren Behandelten wurde serologisch fortlaufend bis in die letzte Zeit untersucht. Die Befunde im Blut und Liquor sind bei allen so gut wie ganz negativ. Auch an dem späteren Material von weit über 1000 von Vortragendem infektionsbehandelten Paralytikern wurden periodisch Blut- und Liquoruntersuchungen vorgenommen, wobei es sich immer um die Frage handelte, wieweit sich

Digitized by Google

aus den Blut- und Liquorbefunden prognostische Schlüsse ergaben. *Kafka* hat auf Grund dieser Befunde Studien über die funktionell-genetische Analyse der Liquorphänomene begonnen, die praktisch für die klinische Bewertung des Liquorbildes bedeutungsvoll werden können. Seine theoretischen Untersuchungen sind bei meinen aus längster klinischer Erfahrung gewonnenen praktischen Ergebnissen nicht mit verwertet. Auf Grund bestimmter Reihenuntersuchungen (Blut- und Liquorlängsschnitte, *Dattner*) haben sich einige häufig wiederkehrende Abläufe im biologischen Geschehen der Blut- und Liquorreaktionen gezeigt. Die Untersuchungen hierfür wurden schon 1920 begonnen, 1923 von *Kirschbaum* und *Kaltenbach* systematisch mitgeteilt, aber erst in den letzten Jahren auf Grund genügend langer Erfahrung an der großen Zahl wiederholt punktierter Fälle unter besonderer Bezugnahme auf das klinische Bild zu den folgenden Thesen zusammengefaßt: 1. Die typischen stark positiven Befunde im Blut und Liquor der Paralyse zeigen fast regelmäßig in den ersten Monaten nach der Malariafieberkur einen Rückgang der Zellzahl, eine geringe Abschwächung der Eiweißwerte, auch der Kolloidreaktionen. Aus diesen geringen Abschwächungen lassen sich keine prognostischen Schlüsse ziehen; sie sind ein Hinweis auf den therapeutischen Einfluß als solchen. Fälle, wo die typischen positiven Befunde nach der Malariakur an Stärke noch zugenommen haben, sind äußerst selten und gewöhnlich ungünstig zu beurteilen. 2. Bestehenbleiben stark positiver Reaktionen länger als 2—3 Jahre nach der Kur ist ungünstig. Dabei vorkommende gute Remissionen sind nicht stabil. Die Mehrzahl der im Liquor konstant positiv gebliebenen Patienten ist nicht wesentlich beeinflußt worden. 3. Die Umwandlung in der Richtung einer Sanierung folgt dem gebesserten psychischen und neurologischen Befunde nach. 4. Wo die Umwandlung im Sinne der Sanierung vor einer wesentlichen psychischen und somatischen Besserung auftritt, handelt es sich um eine rasch vorübergehende negative Schwankung, die nach der Fieberkur gelegentlich überraschend vorkommt und bald wieder von konstant positiven Befunden gefolgt ist (Ausgang dann unter Umständen wie sub 2.) oder um den Übergang zu stationärer Paralyse (Defektheilung). 5. Es gibt keinen Unterschied im Blut- und Liquorbilde zwischen Vollremissionen, geheilten Fällen und stationären Paralysen (Defektheilungen). Beide sind schließlich bis auf Spuren oder ganz negativ im Blut und Liquor. 6. Die Wassermannschen Reaktionen und die Zellzahlen kehren eher zur Norm zurück als die Eiweißreaktionen. Bei negativen Kolloidreaktionen ist öfter noch die Eiweißrelation *(Kafka)* — Globulinvermehrung — ein allerletztes Zeichen. 7. Die Behandlungen mit Malaria tertiana, tropica, quartana und Febris recurrens verhalten sich in diesem Effekt gleich. 8. Spezifische Nachbehandlung (besonders Salvarsan, auch Wismut) beschleunigt die Sanierung des Liquors. 9. Günstig liegen die psychisch und somatisch gebesserten Fälle, die — etwa 1 Jahr nach der Kur punktiert — sehr wesentliche Abschwächungen der Reaktionen zeigen. Sie sind entweder voll berufsfähig, d. h. voll remittiert oder stationär. 10. Bestehenbleiben stark positiver Reaktionen länger als 2 Jahre läßt auch bei gebessertem psychischen Befunde eine neue Fieberbehandlung ratsam erscheinen, die dann zur Liquorsanierung und Stabilisierung führen kann. Bloße Salvarsanbehandlungen nützen hier nichts. 11. Die chronische, stationäre liquorsanierte Paralyse bleibt bei Verschlechterungen (motorischer

Digitized by Google

Erregung, paralytischen Anfällen, verstärkten psychischen Störungen, usw.) in der WaR. negativ; die Zellzahl und die gewöhnlichen Eiweißreaktionen brauchen nicht verstärkt zu sein; nur die Eiweißrelation gibt höhere Werte. 12. Die Art der Rückbildung der pathologischen Liquorbefunde erfolgt nicht im Sinne einer Wandlung zu Reaktionsformen wie bei Lues cerebri. Es handelt sich um einen der Paralyse charakteristischen Reaktions-Rückbildungstypus. 13. Liquorsanierte Patienten, die länger als 5 Jahre ganz unauffällig in alter Weise ihrer Tätigkeit mit Erfolg obliegen, sind als ausgeheilt zu betrachten. 14. Es ist ratsam, nicht früher als 3 Monate nach der Fieberbehandlung wieder lumbal zu punktieren, dann $^1/_2$ Jahr darauf und in 1 jährigen Abständen die Punktionen zu wiederholen. —

Horn u. *Kauders*-Wien: Der Heilungsverlauf der progressiven Paralyse nach Malariabehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Rezidivverhütung.

Das Paralytikermaterial nach Malariabehandlung, über das wir Ihnen heute berichten, umfaßt nur männliche Fälle, die mindestens 3 Jahre, längstens 11 Jahre in ständiger klinischer Beobachtung gestanden sind. Wir haben dieses Material nach 2 Gesichtspunkten eingeteilt: 1. Nach dem Gesichtspunkte der Behandlungsarten in 2 Hauptgruppen: die erste Hauptgruppe zerfällt in 2 Untergruppen und erfaßt die Fälle, die nach einer einmaligen Malariabehandlung entweder 3 g oder 5 g Neosalvarsan bekamen. Die zweite Hauptgruppe enthält 5 Untergruppen, in welche jene Fälle gehören, bei denen eine zweite Behandlung ausgeführt wurde: Fälle mit Wiederholung der Malariatherapie, mit gleichzeitiger oder aufeinander folgender Malaria und Rekurrensbehandlung, schließlich Fälle, bei denen einige Zeit nach der Malariabehandlung eine Kombination einer Vakzinebehandlung mit einer spezifischen Behandlung oder diese allein durchgeführt wurde. 2. Ein weiterer Gesichtspunkt zur Einteilung unserer Fälle ist die klinische Verlaufsform, die sich erst innerhalb mehrerer Jahre herausstellt und erfaßt werden kann. Obwohl die Remission im Verlaufe einer behandelten Paralyse das wichtigste Vorkommnis ist, haben wir das übliche Einteilungsprinzip nach dem Grade der klinischen Remission verlassen und an seine Stelle den Einteilungsgrund der klinischen Verlaufsform gesetzt. Die klinische Verlaufsform, in der nicht nur der Grad der Remission, sondern auch die Rückfälle und die später einsetzenden Abänderungen des Zustandsbildes berücksichtigt werden, versucht alle Phasen des Krankheitsbildes, wie sie sich im Laufe der Jahre ergeben und schließlich in ein Dauerverhalten ausmünden, festzuhalten.

Unter den Verlaufsformen haben sich uns besonders folgende Typen als immer wiederkehrend herausgestellt: Der Typus der relativ rasch einsetzenden, geradlinigen und ohne Komplikationen einhergehenden Remission, die im Verlaufe von Jahren zu einer klinischen Heilung oder einem der Heilung nahekommenden Dauerzustand sowie zu einer vollen serologischen Sanierung führt. Eine andere Verlaufsform, die zwar auch zu beträchtlichen Remissionen führt, aber dennoch zu Schwankungen, durch Neigung zu Rezidiven gekennzeichnet wird, ist von besonderer Wichtigkeit für die später zu erörternde Frage der Rezidivverhütung. Wir unterscheiden fernerhin einen Verlauf, in dem eine vorübergehende Remission von einer sich rasch entwickelnden oder von sehr langsamer, mehr zu Chronizi-

Digitized by Google

tät neigenden Progredienz gefolgt ist. Eine weitere Verlaufsform ergibt sich in jenen Fällen, die zunächst eine nur unvollkommene Remission aufweisen, die sogar von einer Periode der Progression gefolgt sein kann, bis sich schließlich ein stationärer Zustand ausbildet. Es gibt ferner durch die Malariabehandlung hervorgerufene Abänderungen des paralytischen Bildes und zwar unterscheiden wir hier außer den bekannten paranoid-halluzinatorischen Bildern, schizoide, epileptische und psychopathische Bilder. Schließlich ergibt sich noch der Verlauf einer trotz der Malariabehandlung unaufhaltsamen, rasch fortschreitenden Progression.

Wenn wir die ersten zwei Gruppen, also die Fälle, die mit 3 g, bzw. 5 g Neosalvarsan nachbehandelt wurden, überblicken, so ergeben sich hinsichtlich der Verlaufsformen folgende Resultate: Von 174 beobachteten Fällen der Gruppe, die mit 3 g Neosalvarsan nachbehandelt wurde, gelangen 59, d. i. 34%, nach einer komplikationslos verlaufenden Remission in einen der Heilung gleichzusetzenden Zustand.

Von den 79 Fällen der mit 5 g Neosalvarsan nachbehandelten Gruppe, die wir seit mehr als 5 Jahren nach einem Vorschlag *Wagner-Jauregg*s durchführen, gelangen 40 Fälle, d. i. 50%, in dieselbe Verlaufsform. Es ergibt sich also ein deutliches Übergewicht der Dauerremissionen zugunsten jener Fälle, die intensiv mit Neosalvarsan nachbehandelt worden waren. Das Beobachtungsmaterial in bezug auf die Liquorverhältnisse der beiden Gruppen ist folgendes:

Von den 174 Fällen der Gruppe I konnten 156 auch serologisch nachuntersucht werden. Bei dieser Gruppe, bei der Beobachtungszeiten bis zu 11 Jahren vorliegen, ergibt sich zunächst ohne Berücksichtigung des zeitlichen Faktors, daß 81 Fälle, d. i. 52%, liquornegativ geworden waren, 30, d. i. 19%, wiesen eine deutliche Besserung der Liquorreaktionen auf, 45 Fälle, ca. 29%, blieben während der ganzen Beobachtungszeit im Liquor positiv. Von den 79 Fällen der Gruppe II konnten 71 serologisch nachuntersucht werden, die Beobachtungszeit ist hier eine kürzere, erstreckt sich längstens auf 6 Jahre. Trotzdem ist die Zahl der negativ gewordenen Fälle hier 42, ca. 59%, der in den Liquorreaktionen gebesserten Fälle 16, ca. 23%, die Zahl der positiv gebliebenen Fälle 13, ca. 18%. Auch in der günstigen Beeinflussung der serologischen Reaktionen zeigt sich also das Übergewicht der intensiv mit Neosalvarsan nachbehandelten Fälle. Dieses Übergewicht wird noch deutlicher, wenn wir versuchen, den Zeitpunkt des kompletten Negativwerdens festzustellen. Bei Gruppe I werden 53% der liquornegativen Fälle erst innerhalb 3—5 Jahren liquornegativ, während bei Gruppe II volle 78% schon innerhalb der kürzeren Zeitspanne von 2—4 Jahren liquornegativ werden. Hinzuzusetzen wäre noch, daß allerdings in manchen Fällen, die klinisch voll remittiert und schon seit Jahren liquornegativ sind, die Wa.-R. im Serum noch durch längere Zeit positiv bleiben kann, welchem Befund unserer Meinung nach keine wesentliche klinische Bedeutung zukommt. Was die serologischen Reaktionen bei den therapeutisch ungünstigeren Verlaufsformen anlangt, so ist dazu zu bemerken, daß die Reaktionen bedeutend länger, manchmal in therapeutisch kaum beeinflußbarer Weise positiv bleiben. Ist die Beobachtungszeit eine genügend lange, so ergibt sich allerdings auch in diesen Fällen ein langsames Absinken der serologischen Reaktionen bis zum Negativwerden, dem klinisch ein stationäres oder sehr langsam progredientes Stadium entspricht.

Digitized by Google

Wir haben bisher die relativ günstige Behandlungschancen bietenden und unter günstigen Behandlungsbedingungen stehenden Verläufe nach Malariabehandlung zur Betrachtung herangezogen. Als Gegenstück ergeben sich jene Fälle, die von vornherein prognostisch ungünstig, in vorgeschrittenem Zustand zur Behandlung kamen und nach meist ungenügender Neosalvarsanbehandlung an die Irrenanstalt abgegeben wurden. An dieser Stelle sei Herrn Direktor Dr. *Mauczka* und Herrn Primarius Dr. *Prucha* der Wiener Irrenanstalt am Steinhof für ihre wertvolle Unterstützung bei den Katamnesen dieser Fälle der herzlichste Dank gesagt.

Wir wollen von einem Material von 875 Fällen, das bis Ende 1928 an die Irrenanstalt Steinhof abgegeben worden war, aus dem sich noch eine Anzahl von Spätremissionen und stationären Defektzuständen rekrutiert, zunächst nur jene 367 Fälle herausgreifen, die in der Irrenanstalt gestorben sind, und zwar mit besonderer Berücksichtigung des Zeitpunktes ihres Ablebens. Von diesen 367 Fällen sind volle 69% schon innerhalb eines Jahres ad exitum gekommen, 13% innerhalb des 2., 9% innerhalb des 3. Jahres, 6% innerhalb des 4., 2% innerhalb des 5. und nur mehr 1% innerhalb des 6. Beobachtungsjahres. Es kann also gesagt werden, daß von diesen trotz der Behandlung progressiv und tödlich verlaufenden Fällen schon nach dem 1. Jahr ca. $^2/_3$ abgestorben sind und daß nach 6 Jahren sich überhaupt keine Fälle dieser Gruppe mehr am Leben befinden. Wir möchten auf die anderweitig zur Diskussion gestellte Frage der sogenannten Defektheilung der fieberbehandelten Paralyse und der damit verbundenen Belastung der Irrenanstalten nicht weiter eingehen. Aus unserer Zusammenstellung wird aber ersichtlich, daß den ungünstig verlaufenden Fällen nach der Malariabehandlung keine wesentlich längere Lebensdauer beschieden ist als dies bei unbehandelten Paralysen der Fall ist. In diesem Zusammenhange ist es bemerkenswert, daß von den 875 bis zum Jahre 1928 insgesamt an die Irrenanstalt abgegebenen Fällen sich bei der Nachuntersuchung überhaupt nur 75 sogenannte defektgeheilte Paralytiker vorfanden, unter denen besonders viele Fälle einer schizoiden und paranoid-halluzinatorischen Abänderung des Verlaufes waren.

Wir kommen nun zur Erörterung der Frage der Rezidivverhütung. Es zeigte sich in bezug auf den Behandlungserfolg ein Übergewicht der intensiv mit Neosalvarsan nachbehandelten Fälle, bei denen das Negativwerden der serologischen Reaktionen innerhalb 2—4 Jahren zu erwarten ist, obwohl die volle klinische Remission der serologischen Sanierung voraneilt. Der Vorgang des Negativwerdens der serologischen Reaktionen ist ein allmählicher, zu einer gewissen Labilität neigender. Auf die Wichtigkeit der periodischen Beobachtung derselben hat bekanntlich *Dattner* aufmerksam gemacht. Die kritische Zeit für den malariabehandelten Paralytiker ist in den ersten beiden Jahren nach der Behandlung gegeben und in dieser Zeit hat auch die Rezidivverhütung einzusetzen. Die rezidivbedrohten Fällen kennzeichnen sich im serologischen Verlauf durch eine sehr geringe Tendenz zur Besserung in den Reaktionen des Liquors, resp. durch eine wiedereinsetzende Verschlechterung auch in Fällen, bei denen klinische Erscheinungen des Rezidivs noch nicht nachweisbar sind.

Als praktische Möglichkeit der Rezidivverhütung haben wir erprobt und in zahlreichen Fällen weiterverfolgt: Wiederholung der Malariakur, Rekurrensbehandlung oder eine Kombination dieser beiden Behandlungen,

Digitized by Google

intensive Salvarsanbehandlung, kombiniert mit Tuberkulin oder Typhusvakzine und schließlich intensive Salvarsanbehandlung allein. So wünschenswert eine Wiederholung der Malariabehandlung zur Prophylaxe eines Rezidivs ist, so läßt sie sich bekanntlich in vielen Fällen nicht durchführen. Es ist von größter praktischer Bedeutung darauf hinzuweisen, daß eine zweite Malariabehandlung zur Rezidivverhütung nicht unbedingt notwendig ist, sondern auch durch eine ambulatorische Vakzine-Salvarsanbehandlung ersetzt werden kann. Auf solche Weise behandelte Fälle zeigen nicht nur eine meist unmittelbar nach der Behandlung einsetzende Besserung der serologischen Reaktionen, sondern auch ein Freibleiben von klinischen Progressionssymptomen. Die Malariabehandlung bewirkt eine Abänderung der gesamten biologischen Reaktionen des Organismus, die sich in der an die Malariabehandlung ausschließenden Periode durch eine besondere Ansprechbarkeit auf Salvarsan und bakteriogene Stoffe kennzeichnet. Nach unseren bisherigen Erfahrungen möchten wir von den innerhalb des Spitals durchgeführten Behandlungsverfahren der kombinierten Malaria-Rekurrensbehandlung mit nachfolgender Neosalvarsanbehandlung, von den ambulatorisch durchgeführten der kombinierten Typhus-Salvarsanbehandlung in bezug auf ihren prophylaktischen Wert den Vorzug geben.

Die an die Malariabehandlung unmittelbar anschließende Periode der progressiven Paralyse war bisher ein wenig durchforschtes Gebiet der Fiebertherapie. Wir haben aus unseren Erfahrungen die Überzeugung gewonnen, daß durch eine richtige therapeutsiche Führung dieser Periode noch viele bisher auf die Negativseite der Malariabehandlung gebuchten Fälle in therapeutisch vollwertige Erfolge umgewandelt werden können. —

Kauders-Wien: Prophylaktische Malariabehandlung und progressive Paralyse.

Das Krankenmaterial, das die Grundlage meiner heutigen Ausführungen bildet, besteht aus 35 Fällen von liquorpositiver Lues der Spätlatenz, bei denen zum Zwecke der Liquorsanierung, zum Zwecke der Prophylaxe einer metaluetischen Erkrankung eine Malariabehandlung durchgeführt wurde. Die Beobachtungen wurden sowohl an der psychiatrischen Klinik von Professor *Pötzl* durchgeführt, als auch an den beiden Wiener dermatologischen Kliniken. Den Vorständen dieser Kliniken, Herrn Professor *Arzt* und Herrn Professor *Kerl,* möchte ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank für die Überlassung des Beobachtungsmaterials aussprechen. Bei sämtlichen 35 Fällen waren die serologischen Reaktionen in Blut und Liquor hoch positiv und entsprachen durchaus den serologischen Verhältnissen bei der progressiven Paralyse mit der einzigen Ausnahme, daß in 7 Fällen die Goldsolkurve statt der Paralysetreppe eine Lueszacke aufwies. Sämtliche Fälle wurden vor Einleitung der Malariabehandlung einer eingehenden neurologisch-psychiatrischen Untersuchung unterzogen, die, sowohl was die psychiatrische Untersuchung wie die Anamnese anlangt, einen normalen Befund ergab. Obwohl also manifeste psychiatrische Symptome der Paralyse in diesen Fällen fehlten, schien doch in einer Anzahl von Fällen eine gewisse Apathie, eine leichteste Erschwerung des Gedankenablaufes, Spuren einer affektiven Abänderung, selbst den nächsten Angehörigen kaum bemerkbar, vorzuherrschen, so daß eine Zusammenfassung dieser Fälle unter der Bezeichnung Paralysis imminens berechtigt erscheint.

Digitized by Google

Die neurologische Untersuchung der Fälle ergab gleichfalls keine Besonderheiten mit Ausnahme der Pupillenstörungen. (Anisokorie, träge und unausgiebige Lichtreaktion der Pupillen zeigten 22 Fälle, bei 7 Fällen bestand kompletter Argyll-Robertson und nur 6 Fälle zeigten normale Reaktion der Pupillen auf Licht und Konvergenz.) Was das Alter der Lues, respektive das Intervall vom Zeitpunkte der syphilitischen Infektion anlangt, so gehören sämtliche Fälle bis auf einen, der im dritten Jahre nach der Infektion zur Beobachtung kam, der Spätlatenz an. 9 Fälle waren im 5. Jahre nach der Infektion, 8 im 6., 9 im 7., 3 im 8., 1 im 9., 2 im 10. und 2 im 11. Jahre nach der Infektion.

Mit Eintritt der Malariafieberanfälle zeigten sich nun in 13 von den beobachteten 35 Fällen, d. i. in ca. einem Drittel der Fälle folgende auffällige psychiatrische Komplikationen. Ungefähr um den zweiten bis vierten Fieberanfall tritt eine gewisse Verlorenheit, der sich eine leichte Orientierungsstörung zugesellt, auf. Die Kranken werden unsicher in der zeitlichen Orientierung, zeigen Störungen der Zeitschätzung, die auf eine auch sonst nachweisbare deutliche Störung des Gedächtnisses und besonders der Merkfähigkeit zurückzuführen sind. Der Gedankenablauf ist erschwert und verlangsamt, in allen Fällen besteht eine ausgesprochene Rechenstörung. In den meisten Fällen kommt eine dysarthrische, leicht ataktische Sprachstörung hinzu, die beim Nachsprechen der Probeworte kenntlich wird. Es ist also in diesen Fällen — es handelt sich um 5 Fälle innerhalb der Gruppe mit psychiatrischen Komplikationen — ein deutlich diagnostizierbares Bild einer abortiven Paralyse während der ersten Malariafieberanfälle zum Ausbruch gekommen. Dabei besteht relative Krankheitseinsicht in die bestehenden Störungen, die von den Kranken meist ganz allgemein auf das Fieber bezogen werden. Meist pflegt dieses Bild einer abortiv verlaufenden Paralyse nach Erreichung eines gewissen Höhepunktes in den letzten Fieberanfällen ganz zu schwinden, es kann aber auch bis zum Ende der Fieberbehandlung, wobei die geschilderten Symptome auch in den Intervallen zwischen den Fieberanfällen nachweisbar sind, andauern und verschwindet dann erst nach Abbruch des Fiebers gänzlich. Ein Überdauern dieser paralytischen Initialsymptome auf längere Zeit, so daß man von einem durch die Malaria provozierten Ausbruch einer echten Paralyse sprechen könnte, wurde nie beobachtet. Es handelt sich hier nur um transitorische Bilder, um Anklänge einer Paralyse, nicht um eine Paralyse selbst. Dabei ist die Symptomatik dieser transitorischen Bilder keineswegs eine aufdringliche und es bedarf einer eingehenderen psychiatrischen Beobachtung, um sie überhaupt festzustellen.

Eine weitere Gruppe von Kranken, fünf an der Zahl, zeigte keine eigentlichen paralytischen oder Demenzsymptome, sondern es kamen im Verlaufe der Fieberbehandlung psychotische Syndrome zur Beobachtung. Auch diese Syndrome waren mit Ausnahme eines einzigen Falles transitorischer Art und verschwanden meist mit Abschluß der Fieberperiode oder unmittelbar nach derselben. Zweimal wurden manische Syndrome beobachtet. Der eine Kranke geriet nach dem dritten Fieberanfall in eine ausgesprochen zornmütige Manie, wurde gereizt, war leicht ideenflüchtig, beschimpfte Ärzte und Pfleger, protestierte gegen seine Internierung, obwohl er sich freiwillig zur Aufnahme entschlossen hatte, zeigte in typischer Weise das Symptom

Digitized by Google

des paralytischen Hinausdrängens. Bei einem zweiten Kranken trug die Manie mehr expansiven Charakter, Größenideen waren angedeutet. Patient machte Pläne zur Vergrößerung seines Geschäftes, war schenkfreudig und zeigte ausgesprochenen Rede- und Mitteilungsdrang. In einem weiteren Fall entwickelte sich ziemlich gegen Ende der Fieberperiode das Bild einer hypochondrischen Melancholie mit nihilistischen Wahnideen. Der Kranke wurde einsilbig, verschlossen, fürchtete zu sterben, gab an, seit Wochen keinen Stuhl mehr gehabt zu haben, nicht atmen zu können u. ä. m. Eine besondere Note erhielt dieses Bild durch eine stärkere Apathie und Stumpfheit. Es ist dies der einzige Fall, bei dem die Psychose durch 3 Monate die Fieberbehandlung überdauerte. In allen drei genannten Fällen wies die Normalpersönlichkeit keine manisch-depressiven oder zyklischen Schwankungen auf. Ferner kamen zwei paranoid-halluzinatorische Bilder zur Beobachtung. Das eine entwickelte sich im Anschluß an einen während des zweiten Fieberanfalles auftretenden leichten apoplektiformen Anfall, die Kranke hatte einseitige akustische Sinnestäuschungen, hörte Stimmen und Singen in einem Ohr, wobei Tendenz zur paranoiden Verarbeitung der Halluzinationen bestand. Bei einem anderen Kranken entwickelte sich das Bild nicht während der Fieberperiode, sondern in unmittelbarem Anschluß an eine zwei Tage nach dem letzten Fieberanfall gegebene Salvarsaninjektion. Es traten akut Halluzinationen und Verfolgungsideen auf, das Bild glich einem paranoiden Angstraptus, klang aber schon nach einer Woche ab.

Bei zwei Fällen kam es nicht zur Ausbildung eines ausgesprochen psychotischen Syndromes, sondern zu neuroseartigen Bildern. Während das eine Bild eine gewisse Verwandtschaft zu dem eben geschilderten depressiv-hypochondrischen Stupor aufwies und die Symptome einer depressiven, affektlabilen Neurasthenie bot, zeigte sich bei dem anderen Kranken in ziemlich klassischer Weise das Bild einer Depersonalisation. Der Kranke hatte während und auch außerhalb der Fieberanfälle das Gefühl, in einer Traumwelt zu leben, hatte die Sensation des Déjà vu und ähnliche neurotische Störungen.

Sämtliche übrigen beobachteten 22 Fälle wiesen während des Fieberverlaufes keine besonderen psychiatrischen Auffälligkeiten auf. Bemerkenswert für den Mechanismus der Auslösung derartiger psychiatrischer Komplikationen in der Spätlatenz durch Malariabehandlung ist es wohl auch, daß bei sämtlichen Fällen, mit Ausnahme von 2, mehr als sieben Jahre seit der Infektion verstrichen waren. Wenn wir unsere an den Fällen mit psychiatrischen Komplikationen gemachten Erfahrungen in dem Sinne zusammenfassen wollen, daß hier durch die Einwirkung der Malaria auf ein erkranktes, durch den syphilitischen Entzündungsprozeß mehr oder minder geschädigtes Gehirn eine psychiatrische Reaktionsform ausgelöst wird, die verschiedenartige Bilder zeigt, die aber sämtlich nach dem psychiatrisch polymorphen Bild der progressiven Paralyse hin konvergieren, so muß zuvor noch ein Einwand widerlegt werden, der naheliegend ist. Ist es berechtigt, diese Bilder durch die Kombination der Faktoren Malaria und Lues zu verstehen oder liegt hier nicht eine einfache Malariafieberwirkung, ganz unabhängig von der anzunehmenden luetischen Erkrankung des Gehirnes, vor? Dem steht eine reiche praktische Erfahrung, wie sie mit der Impfmalaria bei

Digitized by Google

nichtluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystemes einerseits, bei der multiplen Sklerose, beim Parkinsonismus, bei der Tabes und Lues cerebrospinalis andererseits gemacht wurde, gegenüber. Wie *Gerstmann* erwähnt, sind psychiatrische Komplikationen bei der Impfmalariabehandlung der genannten Erkrankungen äußerst selten. Nur ganz ausnahmsweise finden sich Fieberdelirien oder amentielle Reaktionen vor, also gerade Bilder, die in unserem Beobachtungsmaterial fehlen.

Das hier vorgelegte Beobachtungsmaterial ist wohl zahlenmäßig noch zu gering, um daraus Schlüsse theoretischer Art ziehen zu können. Immerhin glaube ich, daß hier weniger eine Angelegenheit großer Beobachtungsreihen und Zahlen vorliegt, sondern daß allein die Tatsache, daß in einem gewissen Prozentsatz der mit Malaria behandelten liquorpositiven Fälle der Spätlatenz, ausgelöst durch die Fieberanfälle, psychotische, ja sogar in ihren Grundzügen der Paralyse ähnelnde Bilder auftreten, zu einigen Erwägungen Anlaß geben muß. *Spielmeyer* hat unsere Kenntnis von der Art der Erkrankung des Zentralnervensystemes in der Spätperiode der Lues durch die Mitteilung genauer histologischer Befunde an solchen zufällig verstorbenen Fällen wesentlich bereichert. Es zeigte sich, daß dabei das Gehirn das typische histologische Bild einer Paralyse aufweisen kann, ohne daß während des Lebens irgendein klinisches Zeichen der Paralyse feststellbar war. Es kann also das histologische Substrat des klinischen Bildes der Paralyse schon jahrelang vorher bestehen, ohne daß sich ein einziges klinisches Krankheitszeichen kundgibt. Zur Auslösung dessen, was wir mit unseren psychiatrischen Methoden als progressive Paralyse zu diagnostizieren imstande sind, bedarf es offenbar noch eines weiteren Faktors, dessen Erfassung trotz aller Bemühungen bisher noch nicht gelungen ist und den z. B. die bekannte *Hauptmann*sche Paralysetheorie in einem von der Spirochätenerkrankung selbst ausgehenden toxischen Prozeß erblickt. Wir möchten hier die Malariawirkung mit der Rolle eines chemischen Katalysators vergleichen, der einen sowohl histologisch wie biologisch schon präformierten, aber bis dahin latent gebliebenen Prozeß zur Auslösung bringt, ihn nach Art einer Herdreaktion anklingen läßt und dann durch die Malariawirkung selbst wieder zum Verschwinden bringt. Daß es sich hier nicht um eine bloße Vermutung handelt, dafür lassen sich gleichfalls wieder aus der Histopathologie der Paralyse gewonnene Erfahrungen anführen. *Sträussler* und *Koskinas* konnten als erste zeigen, daß es im Verlauf der Malariafieberanfälle, besonders um den dritten bis fünften Anfall, zu einer mächtigen Steigerung der entzündlich-infiltrativen Erscheinungen im Gehirn kommt. Ihre Erfahrungen wurden von anderen Forschern wie *Jakob, Kirschbaum, Wilson* bestätigt. Ganz allgemein aber haben die histologischen Untersuchungen an malariabehandelten Paralytikergehirnen die infiltrateinschmelzende Wirkung der Malaria dargetan. Dies steht in auffälliger Parallele zu den hier mitgeteilten klinisch-psychiatrischen Beobachtungen. Dem Stadium der Steigerung des Entzündungsvorganges entspricht das Auftreten paralyseähnlicher Bilder oder psychotischer Syndrome, die sich in den Krankheitsrahmen der Paralyse einfügen, das Abklingen dieser Erscheinungen kann als der infiltrateinschmelzenden Wirkung der Malaria entsprechend betrachtet werden.

Die hier mitgeteilten Beobachtungen berechtigen uns anzunehmen, daß

Digitized by Google

es in Fällen von liquorpositiver Spätlues tatsächlich durch die Malariawirkung zu einem Vorgang kommen kann, den man als vorübergehende Provokation und Abortion einer Paralyse bezeichnen könnte. Um einen Vergleich aus der Bakteriologie heranzuziehen, könnte hier die Malariawirkung ähnlich vorgestellt werden wie die Wirkung der Typhusvakzine auf einen zwar schon bakteriologisch, aber noch nicht klinisch Erkrankten. Die Typhusvakzine kann hier die Abortivsymptome eines echten Typhus abdominalis provozieren, sie abortiert den Typhus und schützt dadurch um so sicherer vor der Möglichkeit einer wirklichen, voll ausgebildeten Erkrankung. Abgesehen von theoretischen Schlußfolgerungen mögen diese Untersuchungen das Interesse noch in zwei Linien lenken. Die eine ist die eingehendere psychiatrische Beschäftigung mit den Prodromal- und Initialsymptomen der progressiven Paralyse. Seit den grundlegenden Untersuchungen von *Hoche, Wollenberg* und anderen Autoren hat unsere Kenntnis über die Diagnostizierbarkeit dieser Stadien nicht wesentlich zugenommen. Wer wie der Vortragende Gelegenheit hat, das Luetikermaterial von dermatologischen Kliniken psychiatrisch und neurologisch durchuntersuchen zu dürfen, weiß, wie außerordentlich schwer und unsicher gerade die Frühdiagnose der Paralyse ist. Man gelangt durch solche Erfahrungen langsam zu der Ansicht, daß ebenso wie sich die Paralyse anatomisch als langsam fortschreitende, chronische, entzündlich-degenerative Erkrankung des Gehirns darstellt, sie auch psychiatrisch nicht durch einen Ausbruch, sondern durch ein sehr langsames, mit den üblichen psychiatrischen Untersuchungsmethoden kaum feststellbares, vielleicht auf Jahre verteiltes Fortschreiten ihrer Symptome charakterisiert ist. Und man wird sich auf Grund solcher Erfahrungen an einen einmal von *Hoche* geäußerten Satz erinnern können, der besagt, daß das, was klinisch gewöhnlich als Paralyse beschrieben wird, nämlich das Stadium der Anstaltsbedürftigkeit, nur einen allerletzten Abschnitt des Krankheitsvorganges bedeute.

In zweiter Linie kommen therapeutische Erwägungen in Betracht. *Wagner-Jauregg* hat einmal jene Fälle, die mindestens 10 Jahre nach der Infektion noch einen positiven Liquorbefund aufweisen, als Paralysekandidaten bezeichnet. Daß sie es tatsächlich sind und daß sogar in solchen Fällen vorübergehend durch Fieberwirkung ein paralyseähnliches Bild ausgelöst werden kann, geht aus den hier mitgeteilten Beobachtungen hervor. Die liquorsanierende Bedeutung der Malariabehandlung in hartnäckig positiven Fällen der Spätlatenz ist bekannt und erst neuerdings wieder durch Arbeiten von *Arzt* und *Fuhs*, von *Kerl*, von *Scherber, Bering, Mulzer*, sowie von französischer Seite nachgewiesen worden. Ein endgültiges Urteil über die prophylaktische Bedeutung der Malariabehandlung in der liquorpositiven Periode der Spätlues kann zurzeit wegen der Kürze der Beobachtungszeiten noch nicht abgegeben werden; es ist dies auch nicht Sache des Psychiaters allein, sondern auch des Syphilidologen. Daß auch psychiatrische Beobachtungen die imminente Gefahr, in der sich der Luetiker der Spätlatenz bezüglich des Paralyseausbruches befindet, kennzeichnen und damit die Anwendung der Malariabehandlung als dringend angezeigt erscheinen lassen, möge aus meinen heutigen Ausführungen hervorgegangen sein. —

Digitized by Google

Sagel-Arnsdorf: Neunjährige Erfahrungen mit Rekurrensbehandlung der fortschreitenden Hirnlähmung in der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf i. Sa.

1. Durch die Benutzung von fünf menschenpathogenen und drei mehr oder weniger apathogenen Stämmen haben wir die Rekurrensbehandlung der Paralyse auf breitere Basis gestellt.
2. Durch eingeschaltete Menschenpassagen lassen sich die sonst in weißen Mäusen gezüchteten Stämme auf einem gleichmäßigen, für die Paralysebehandlung angepaßten Virulenzgrad halten, bzw. auf einen solchen bringen.
3. Bei den menschenpathogenen Stämmen wurde festgestellt, daß jeder von ihnen zu einer homologen Immunität, aber nicht zu einer Panimmunität führt, so daß die verschiedenen Stämme alle hintereinander mit positivem Impferfolg bei einem und demselben Kranken angewendet werden können.
4. Drei von den Stämmen lassen sich durch Arsenpräparate kupieren. Die Mittel müssen aber bei ansteigendem Fieber, nachdem schon mindestens ein Fieberanfall überstanden ist, angewendet werden, weil sie sonst langdauernde, atypische, typhöse Fieberzustände hervorrufen können.
5. Der Verlauf der Rekurrensinfektionen ist der einer mittelschweren Erkrankung. Die Rekurrensbehandlung ist ungefährlicher als die Malariabehandlung. Sie kennt keine Kontraindikationen. Wir haben nie einen zwingenden Grund zur Kupierung des Fiebers gehabt.
6. Die Wirksamkeit der fünf menschenpathogenen Stämme ist etwa gleich und entspricht der Malariawirkung; die der apathogenen ist schwächer.
7. Ganz besonders wirksam scheint die Kombination Malaria-Rekurrens zu sein. Es macht den Eindruck, als ob diese beiden Methoden sich komplettierten.
8. Wir haben sehr ungünstiges Paralytikermaterial in den letzten Jahren gehabt. Trotzdem entsprechen unsere Erfolge etwa dem Durchschnitte zwischen den als besonders gut und den als besonders ungünstig für Malaria angegebenen Erfolgszahlen. — Wir haben reichlich 40% Dauerremissionen. Recht gute Erfolge hatten wir wiederholt bei Tabes.
9. Serologisch-biologische Sanierungen kommen bei Rekurrensbehandlung ebenso vor, wie bei der Malariatherapie. Wie bei dieser finden sich sehr häufig Unstimmigkeiten zwischen serologisch-biologischen und klinischen Ergebnissen.
10. Die Rekurrensbehandlung der Paralyse bedeutet eine sehr wertvolle Bereicherung des therapeutischen Rüstzeuges. Sie ist der Malariabehandlung vollkommen ebenbürtig und beim Versagen der letzteren ein therapeutisches Postulat.

Suckow-Leipzig: Bisherige Ergebnisse der Malariabehandlung bei progressiver Paralyse an der Universitäts-Nervenklinik zu Leipzig.

Seit November 1930 sind bis jetzt 406 mit Malaria behandelte Paralytiker nachuntersucht worden. Hinzu kommen 70 Todesfälle, von denen

Digitized by Google

41 während bzw. infolge der Malariakur und 37 wahrscheinlich an paralytischem Marasmus oder im paralytischen Anfall gestorben sind. Die an anderen Erkrankungen gestorbenen Paralytiker sind nicht mit eingerechnet worden. Die Nachuntersuchungen werden fortgeführt. Die Zusammenstellung kann deshalb nicht als endgültig angesehen werden.

In der Berechnung wurde das Material in zwei große Gruppen geteilt: Die behandelten Paralysen sind aus den Jahren 1921 bis 1925 und aus den Jahren 1926 bis 1929. Hinzugefügt wurden noch die Untersuchungen aus dem letzten Jahr. Bezüglich des Behandlungsergebnisses habe ich folgende Gruppen unterschieden: 1. gute Remissionen, die wieder voll arbeitsfähig sind und keine gröberen Residuen aufweisen. 2. Unvollständige Remissionen a) höheren Grades, b) niederen Grades. 3. Unveränderte, d. h. durch die Malariakur unbeeinflußte, nicht progrediente Fälle, deren Krankheitserscheinungen mit Schwankungen fortbestanden haben. 4. Verschlechterungen, solche die Jahre hindurch progredient geblieben sind oder sich nach kurzdauernden Remissionen verschlechtert haben. 5. Die Toten.

Bei der Gegenüberstellung der Jahresgruppen ist im wesentlichen zu sagen, daß bei den Nachuntersuchungen der Fälle aus den Jahren 1921 bis 1925 14,62% und aus der Zeit von 1926 bis 1929 20,6% gute Remissionen gefunden wurden. Auch die unvollständigen Remissionen höheren Grades aus den Jahren 1926 bis 1929 wiesen eine höhere Prozentzahl auf, als die der ersten Gruppe. Die guten Remissionen aus dem Jahre 1930 betrugen bis jetzt 15,15%. — (Es wurden die Ergebnisse aus den einzelnen Jahren usw. projiziert.) — Die meisten Todesfälle liegen in den Jahren 1921 bis 1925. Bei der Verteilung auf die Krankheitsgruppen ist zu sehen, daß die Toten hauptsächlich unter den vorgerückt Dementen zu finden sind. Den Hauptanteil an den guten Remissionen haben die Manisch-Depressiven, die Expansiven und die sogen. »Neurasthenischen« (Fälle, die nur leichtere, nervöse Erscheinungen zeigten und sich im Anfangsstadium der progressiven Paralyse befanden).

In einem überwiegendem Teil der Fälle wurden die Liquor-Untersuchungen durchgeführt. Über die Liquorsanierung ist nach den hier gebrachten Hauptreferaten von mir bis jetzt wesentlich Neues nicht mitzuteilen. Ebenfalls habe ich Gewicht auf das Blutbild gelegt und die Senkungsreaktion der Erythrozyten angestellt. Diesen Untersuchungen wurde eine Plasmalabilität-Reaktion mit den Salzen der Hofmeisterschen Reihe (wie sie von *Gerloezy* angewandt worden ist) angeschlossen.

Die Blutuntersuchungen der Remissionen, die Monate und Jahre seit der Malariakur bestehen, zeigten in den meisten Fällen keine gröberen Abweichungen. Bei Anstaltsinsassen, den Unbeeinflußten und Verschlechterten wurden mehr oder weniger Abweichungen gefunden. (Meist Lymphozytosen.) — (Ein Querschnitt der Ergebnisse wurde projiziert.) — Die genannten Blutuntersuchungen aus dem letzten Jahr wurden vor und nach der Behandlung angestellt. Bei dem größten Teil der unbehandelten Paralytiker wurden abnorme Werte im Blutbild, in der Senkungsreaktion, besonders aber in der Flockungsreaktion gefunden, während die pathologischen Befunde nach der Behandlung (nach Abklingen der durch die Malaria verursachten Erscheinungen!) mehr oder weniger zur Norm zurückgingen. Bei ausgebliebener Besserung, bei weiterer Progression und Rezidiven traten oft auch erneute pathologische Veränderungen im Blutbild und in der

Digitized by Google

Senkungsreaktion, noch häufiger in der Plasmalabilität-Reaktion auf.

Wie weit diese Befunde zu verwerten sind, d. h. wie weit Beziehungen der Blutbefunde zueinander zum Liquorbefund und überhaupt zum sonstigen klinischen Bild bestehen, weiterhin, ob Verschlechterungen dieser Befunde immer Anzeichen eines Rezidivs sind, wird später erörtert werden.

Gallinek-Halle: Experimentelle Studien zur Frage der Immunitätsverhältnisse bei Paralyse.

Die Frage nach den Immunitätsverhältnissen bei der Lues, insbesondere bei der sog. Metalues wird nicht einstimmig beantwortet, das Vorkommen von Antikörpern von vielen abgelehnt. In der neueren Literatur finden sich aber doch zahlreiche Ergebnisse, die für eine Antikörperbildung sprechen.

Neben den neuerdings vielfach studierten Antikörpern gegen Organbestandteile von organspezifischer Natur sind auch spirochätozide Antikörper beobachtet worden.

Besonderes Interesse erregt die Frage der Immunitätsverhältnisse unter dem Gesichtspunkt des Zustandekommens der luischen und metaluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, insbesondere der Paralyse. Die Häufigkeit des Zusammentreffens symptomenarmer Lues mit Paralyse legt es nahe, die Ursache der »irgendwie verschobenen Korrelation zwischen Spirochäten und Organismus« in verschobenen Immunitätsverhältnissen insonderheit in einer mangelhaften Abwehrfunktion des Organismus gegen vielleicht in ihrer Virulenz veränderte Spirochäten zu suchen, wie dies der sog. *Hauptmann*schen Theorie entspricht. An der Impfstelle eines mit Spirochäten infizierten Paralytikers fanden *Prigge* und *v. Rutkowski* keine syphilitischen Reaktionserscheinungen, konnten aber die Spirochäten in den regionären Lymphdrüsen nachweisen. Der Umstand, daß der Organismus die Defensivmaßnahmen von seiten des Hautorgans trotz der Infektion nicht aufgebracht hatte, läßt auf Abwehrsschwäche schließen. Experimente von *Georgi*, der ursprünglich auf Nierennährboden gezüchtete Spirochäten durch Züchtung auf Gehirnnährboden weitgehend umwandeln konnte, lassen daran denken, daß die Spirochäten sich auch selbst verändern, erst im Zentralnervensystem neurotrop werden.

Schon früher wurde von *Hoff* und *Silberstein* nachgewiesen, daß durch die Malariakur der Baktereotropingehalt im Serum und Liquor steigt und daß Serum und Liquor zusammen mit Leukozyten von behandelten Fällen schädigend auf Spirochäten einwirken, während bei unbehandelten Fällen eine solche Wirkung nicht vorkommt.

In Fortführung früherer Experimente von *Hauptmann* und *Gallinek* wurde im Dunkelfeld die Einwirkung von Seren gesunder Menschen und solcher von Paralytikern, Hirnsyphilitikern und Sekundärluetikern auf Spirochäten aus Schankern von Truffi-Kaninchen miteinander verglichen. Zusatz von Phagozyten, gewonnen aus künstlichen Exsudaten, übte keine Wirkung aus. Frische aktive und inaktive Seren unterschieden sich hinsichtlich ihrer Wirkung auf Spirochäten nicht. Die Spirochäten zeigen verschiedene Bewegungsformen, an deren Schwinden man einen Gradmesser für das Absterben der Spirochäten hat. Lokomotion, Pendelbewegung, Knickbewegung können beobachtet werden, bis die Spirochäten allmählich absterben. Als abgestorben bezeichnen wir solche, die das Bild einer gänzlichen Er-

Digitized by Google

starrung und Fragmentierung in eine Tröpfchenreihe boten. Wichtig ist bei der Beobachtung, daß immer optimale Temperaturbedingungen bestehen (das Mikroskop ist in einen Thermostaten eingebaut, die Dunkelfeldlampe wird immer nur kurz eingeschaltet.

Bei 35 Seren Gesunder war das Eintreten des Todes der Spirochäten im Durchschnitt nach 5—6stündigem Verweilen im Serum festzustellen. Genau so verhielten sich die Spirochäten in 35 Paralytikerseren (unbehandelte Fälle). Deutlich verschieden gegenüber diesen Seren verhielten sich Seren von 15 Fällen frischer sekundärer unbehandelter Syphilis. In ihnen trat der Tod der Spirochäten durchschnittlich nach 75 Minuten ein. In fünf Seren von unbehandelten Hirnluetikern trat der Tod der Spirochäten nach 20 bis 30 Minuten ein. Uneinheitlich wirkten 10 Seren von unbehandelten Tabikern, in denen die Lebensdauer der Spirochäten zwischen 30 Minuten und 8 Stunden schwankte.

Es erscheint bemerkenswert, daß paralytische und normale Seren sich gleich verhalten, während bei solchen von Sekundärluetikern und Hirnluetikern die Lebensdauer der Spirochäten verkürzt ist. Dies spricht für eine ungenügende Abwehr bei der Paralyse.

Es wurden schließlich Seren von Paralytikern in der Fieberbehandlung, unmittelbar nach der Fieberbehandlung, $^1/_2$ Jahr und $1^1/_2$ Jahre nach der Fieberbehandlung in ihrer Wirkung auf die Lebensdauer der Spirochäten miteinander verglichen. Bei 20 Fällen, die während des Fiebers und nach Beendigung der Kur untersucht wurden, war keine von der Norm abweichende Wirkung festzustellen. Die Spirochäten lebten in ihnen fünf bis sechs Stunden, während sie in den Seren derselben Patienten $^1/_2$ Jahr nach der Behandlung erheblich rascher, nämlich durchschnittlich nach 2 Stunden zugrunde gingen. Bei 15 Seren, die $1^1/_2$ Jahre nach der Behandlung untersucht wurden, entsprach die Lebensdauer der Spirochäten wieder der Norm (fünf bis sechs Stunden). Anscheinend kommt es demnach durch die Malariabehandlung zu einer Steigerung der Abwehrkräfte, die ein halbes Jahr nach der Behandlung am stärksten ausgeprägt ist.

Kasperek-Breslau: Ergebnisse der Malariabehandlung nach spezifischer Vorbehandlung der progressiven Paralyse.

Vortr. berichtet über 117 spezifisch vorbehandelte Paralysen, denen er 186 nicht vorbehandelte Paralysen gegenüberstellt. Zu den ersteren wurden gerechnet: 1. diejenigen Paralysen, die im letzten halben Jahre vor der Malariakur eine Salvarsankur durchgemacht haben; 2. die Fälle, die in den letzten $1^1/_2$—2 Jahren mehreren Kuren, etwa vier bis fünf Doppelkuren, unterzogen wurden, auch wenn sie die letzten sechs Monate vor der Malariakur nicht ganz erreichten; 3. die, die im letzten Jahre unter der Salvarsanbehandlung sich psychisch im Sinne der progressiven Paralyse veränderten.

Gesamtzahl:

	m. S. 117		o. S. 186	
Gruppe I (voll berufsfähig)	4 = 3%	17%	17 = 9%	32%
„ II (bedingt berufsfähig)	16 = 14%		42 = 23%	
„ III (sozial indifferent)	27 = 23%	53%	37 = 20%	49%
„ IV (sozial unbrauchbar)	35 = 30%		54 = 29%	
„ V (Gestorben) a) bald nach der Kur	15 = 13%	30%	15 = 8%	19%
b) später	20 = 17%		21 = 11%	

Digitized by Google

Bei der Trennung der Frauen und Männer ergibt sich ein völliger Ausgleich der Frauen, während das Ergebnis bei den Männern sich zuungunsten der Vorbehandelten noch erheblich verschlechterte.

Männer:

	m. S. 93		o. S. 124	
I	3 = 3%	15%	14 = 11%	34%
II	11 = 12%		29 = 23%	
III	22 = 24%	53%	23 = 19%	47%
IV	27 = 29%		34 = 28%	
V a)	14 = 15%	32%	10 = 8%	19%
V b)	16 = 17%		14 = 11%	

Kasperek versuchte nachzuprüfen, ob andere Faktoren an diesen schlechteren Ergebnissen schuld wären. Dabei ergab sich besonders bezüglich der Dauer des paralytischen Prozesses dafür kein Anhaltspunkt. Die Nachprüfung der Krankheitsformen brachte kein klares Bild, allerdings fiel auf, daß unter den Vorbehandelten recht viele sog. einfache Formen waren, die aber nach den anamnestischen Angaben als frische Paralysen bezeichnet werden konnten. Akute Verwirrtheitszustände gab es bei den unbehandelten Paralysen 24,5%, bei den spezifisch vorbehandelten 14,5%. Vortr. glaubt daraus den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Salvarsanbehandlung möglicherweise den Ausbruch einer akuten Psychose bei der Paralyse verhindert und diese gleich in eine chronische demente Form überführt, deren Behandlung naturgemäß schlechtere Erfolge ergibt. Der Ausgleich bei den Frauen wäre dadurch bedingt, daß die Frauen nicht so intensiv vorbehandelt worden wären wie die meisten Männer. *K.* rät von der Salvarsanbehandlung vor der Malariakur ab. (Ausführlicher Bericht an anderer Stelle.)

Kairiukstis-Kalvarija, Litauen: Schwefel- und Benzinbehandlung als Reiztherapie der Paralyse.

Da sich die Erholung der malariabehandelten Paralytiker erfahrungsgemäß besonders auf somatischem Gebiet geltend macht (Gewichtszunahme), während der körperliche Aufschwung bei Behandlung vieler in den letzten Jahren empfohlener Malariaersatzmittel, wie Saprovitan und Pyrifer, meist ausbleibt, nimmt *Kairiukstis* eine Verschiedenheit des Wirkungsmechanismus der neueren Mittel gegenüber der Malaria an und schreibt dem Umstand große Bedeutung bei, daß die Malariaplasmodien Blutparasiten sind und den starken Zerfall der Blutkörperchen hervorrufen. Letztere sind aber die wichtigsten Spender fermentativer Kräfte und gerade aus ihnen stammen die Stoffe, die die Abwehrkräfte des Organismus steigern können. Durch den Zerfall werden diese Stoffe frei und können dann ihre Wirksamkeit entfalten. Den neuen Mitteln scheint aber die Eigenschaft, die Blutkörperchen anzugreifen, zu fehlen, deshalb hält sie *K.* für therapeutisch der Malaria nachstehend. Dagegen erinnert der Wirkungsmechanismus des von *Schroeder* für Paralysebehandlung empfohlenen Schwefels mehr an Malaria; die intramuskuläre Schwefelinjektion ruft lokale Infiltrate hervor, in denen ein Zerfall der Blutkörperchen vorkommt, der wahrscheinlich auf den ganzen Organismus stark im Sinne einer Reiztherapie wirkt. Die Schwefelwirkung auf die Paralyse wird nicht geleugnet, aber auf somatischem Gebiet als nicht ausreichend erachtet. *K.* hatte aber gute Erfolge in psy-

Digitized by Google

chischer und körperlicher Beziehung von intramuskulären Injektionen mit 30proz. Benzinlösung in Olivenöl »Benzinol« in Dosen von 0,5—2,0 ccm. Dieses Mittel leistete auch bei der Schizophrenie gute Dienste, etwa die Hälfte der behandelten Schizophreniefälle zeigte ausgesprochene Gewichtszunahme. Recht auffallend war auch die Einwirkung kleiner Dosen von Benzinol auf Furunkulose, Eiterungen und Bronchitiden wie auf chirurgische Tuberkulose.

Roggenbau-Berlin: Zur Frage der Vakzination bei der progressiven Paralyse.

Obwohl die Aussichten der aktiven Immunisierung bei Syphilis als wenig hoffnungsvoll bezeichnet werden und nur mit Einschränkungen die Möglichkeit einer gelegentlichen Mobilisierung und unter Umständen auch Wiederbelebung der Körperabwehrtätigkeit durch Zufuhr spezifischen Antigens in den Endstadien der Krankheit zugegeben wird, so wurde dennoch die Wiederaufnahme der Versuche einer aktiven Immunisierung, wie sie vorher schon von *Scharnke, Hilgermann* und *Sagel* unternommen waren, beschlossen. Zu diesem Entschluß bestimmte uns ganz besonders der Umstand, daß es *Hilgermann* durch die Herstellung geigneter Nährböden gelungen war, jede beliebige Menge lebender Spirochaeta pallida zu beliebigen Zeiten zur Verfügung zu stellen. Die Versuche wurden an zehn Paralytikern angestellt. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich bei diesen auf rund zwei Jahre. Injiziert wurde subkutan Spirochätensuspension von etwa drei bis fünf lebenden Spirochäten im Dunkelfeld. Die Injektion wurde alle 14 Tage wiederholt. Die Zahl der vorgenommenen Injektionen schwankte zwischen 8 und 25 Einzelgaben. Irgendwelche besonderen lokalen Reaktionen außer umschriebener Rötung von etwa Fünfmarkstückgröße und geringer Infiltration wurden nicht beobachtet. Von Allgemeinerscheinungen ließen sich in einzelnen Fällen subfebrile Temperatursteigerungen bis 37,2 nachweisen. Von diesen zehn Patienten befinden sich drei in leidlicher klinischer Remission, zwei sind stationär, drei progredient und zwei sind tot. Was die humoralen Befunde angeht, so ließ sich in der Hälfte der behandelten Fälle eine günstige Beeinflussung des humoralen Syndroms feststellen. Irgendeine Beziehung zwischen dem klinischen Bild und den humoralen Befunden einerseits und der Zahl der vorgenommenen Impfungen ließ sich bei unseren Fällen nicht erkennen. Durch regelmäßig immer von neuem wiederholte Einverleibung von Syphilisvirus ließ sich keine Steigerung der Wirkung erzielen. Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß durch die aktive Immunisierung eine Beeinflussung des klinischen und serologischen Syndroms der progressiven Paralyse wohl vorhanden und in der Hälfte der behandelten Fälle auch erreicht wurde, so daß ein weiterer Ausbau dieser Therapie erfolgversprechend erscheint.

Schwarz-Berlin: Ergebnisse mehrfacher Fieberbehandlung bei progressiver Paralyse.

Nach kurzem Hinweis auf die über den Gegenstand bestehende spärliche und verstreute Literatur wird über 32 Kranke berichtet, die in der Nervenklinik der Charité wiederholte Fieberkuren durchmachten und einen Überblick über insgesamt 71 Kuren (31 erste, 31 zweite, 6 dritte und 1 vierte Kur) erlauben. Die I. Kur dieser Patienten bot nichts Besonderes.

Digitized by Google

Zu einer II. Behandlung kommen naturgemäß nur solche Kranke, bei denen die I. Kur keinen Erfolg oder keinen Dauererfolg nach sich zog, die also nach einer Remission rezidivierten oder nur eine unvollständige Teilremission erkennen ließen oder endlich sich trotz der Kur progressiv weiter entwickelten. Der Zeitpunkt für den Beginn einer Zweitbehandlung ergibt sich bei den Rezidivierten von selbst; bei den Ungebesserten kann man sich fragen, ob bei Einsetzen der zweiten Fieberkur die optimale Wartezeit auf die Auswirkung der I. Kur schon verstrichen war oder ob man mit dem zweiten Fieberangriff zu lange gezögert hat. Die Intervalle zwischen Kur I und Kur II betrugen 5mal weniger als ein halbes Jahr, 11mal bis zu einem, 8mal bis zu zwei Jahren, bei den übrigen 3—6 Jahre. Über den Verlauf zweiter Fieberkuren ist dem Bekannten nur wenig hinzuzufügen: Jede unserer zweiten Impfmalaria blieb spontan stecken, in der Mehrzahl der Fälle kam es höchstens zu 3 Zacken, bei den weiteren bis zu 7, in einem Fall durch Mehrfachimpfung zu 9 Fiebererhebungen. Provokationsmittel (Novoprotin u. a.) kurbelten nur selten den Malarialauf an; in einer Reihe von Fällen wurde die Kur durch Pyrifer bis zu zehn Fiebertagen fortgesetzt, in einigen von vornherein zum Pyrifer gegriffen. Im allgemeinen wurde eine spezifische Behandlung angeschlossen, bzw. mit den Pyriferinjektionen kombiniert.

Was kann man mit einer II. Fieberkur erreichen? Der Stand unserer 32 Patienten Anfang 1931: 4 gute Remissionen (Vollremissionen), 9 unvollständige Remissionen (davon 5 seit langem arbeitsfähig), 17 Defektzustände (meist in Anstalten) und 2 im Endzustand gestorbene. Dieses Resultat dem Zustandsquerschnitt gegenübergestellt, der sich nach der I. Kur ergab, zeigt ein deutliches Absinken des Gesamtniveaus: 10 gut remittierte sind trotz erneuter Fieberbarrieren zu 4 zusammengeschmolzen, 11—12 Defekte haben sich auf 19 vermehrt.

Eine Übersicht über die Krankheitsverläufe unserer 32 Kranken erlaubt die Aufstellung folgender Richtlinien:

Die Entscheidung über die Aussichten einer zweiten Fieberbehandlung liegt bei dem Ergebnis, das die I. Kur brachte, also im wesentlichen bei der Grundform des paralytischen Bildes und bei dem Stand des Prozesses bei Einsetzen zur Zeit des ersten therapeutischen Eingriffs. Zeigt sich nach der I. Kur kein Grad von Besserung, oder macht sich gar eine Progression zum stationären Defekt bemerkbar, so ist von einer II. Kur, ob früh oder spät begonnen, ob fieberarm oder fieberreich, ob mit Malaria oder mit Pyrifer unternommen, ob spezifisch behandelt oder nicht, eine Zustandsänderung nicht zu erwarten. Hierher gehören auch die postmalariösen Halluzinosen.

Erfolgte auf die I. Kur eine Teilremission, so ist bei den ersten Zeichen einer Verschlechterung eine II. Kur streng indiziert; sie bietet relativ günstige Aussichten und übertrifft in ihrem Effekt nicht selten das Resultat der Erstbehandlung. Auch bei unvollständigen Remissionen ohne Rezidivneigung ist vor Ablauf des ersten Jahres eine Kurwiederholung anzuraten, die bisweilen eine weitere Besserung einzuleiten imstande ist. Antwortet der Pat. auf die I. Kur mit einer guten Remission, so ergibt sich bei Verschlechterung die Indikation zur II. Kur von selbst. Ihr Erfolg ist in hohem Maße von der klinischen Erscheinungsform des Rezidivs ab-

Digitized by Google

hängig. Ist die II. Kur erfolgreich, so gelingt es doch im allgemeinen nicht, denselben Remissionsgrad zu erreichen wie bei der Erstbehandlung.

Kallmann-Berlin-Herzberge: Ergebnisse der Sulfosinbehandlung der Neurolues.

Unter der Voraussetzung gleichwertiger Wirksamkeit verdienen chemische Fiebermittel vor der Impfmalaria und den übrigen Infektionsbehandlungsmethoden den Vorzug, weil sie im Gegensatz zu diesen eine dosierbare Anwendbarkeit des Heilfiebers ohne die durch lebende Krankheitserreger bedingten Gefahrenquellen ermöglichen. Von den chemischen Mitteln hat sich besonders das Sulfosin als geeignet für die Fieberbehandlung erwiesen. Wir haben die Brauchbarkeit des Sulfosins an unserer Anstalt seit dem Jahre 1928 nachgeprüft und verfügen jetzt bereits über ein Gesamtmaterial von 150 mit Sulfosin behandelten Paralyse-Fällen. Von ihnen wurden diesmal nur diejenigen zur Beurteilung herangezogen, deren Behandlung bis zum 31. Juli 1930 völlig abgeschlossen war. Bei der Auswertung dieser 103 Fälle für das Behandlungsprinzip ist jedoch zu berücksichtigen, daß sie ein qualitativ recht ungünstiges Ausgangsmaterial darstellen. Aus verständlichen Gründen haben wir besonders am Anfang nur solche Kranke zur Sulfosinbehandlung herangezogen, bei denen eine Malariakur bereits ohne Erfolg durchgeführt worden war oder wegen körperlicher Komplikationen überhaupt nicht erfolgen konnte. Im Verlauf von drei Jahren konnten wir uns überzeugen, daß die Sulfosinfieberbehandlung selbst von hinfälligen, alten und herzkranken Patienten ausgezeichnet vertragen wird und daß sie bei nicht allzu vorgeschrittenen Fällen vollwertige Remissionen zu erzielen vermag, welche den Erfolgen der Impfmalaria gleichkommen. Kein bei uns mit Sulfosin behandelter Kranker starb im mittelbaren oder unmittelbaren Zusammenhang mit der Fieberkur; diese wurde auch von denjenigen Patienten gut vertragen, bei denen kurz vorher die Malariabehandlung mit Rücksicht auf hochgradige Herz- und Kreislaufstörungen abgebrochen werden mußte. Zum mindesten ermöglicht also das Sulfosin einen kurzen, gefahrlosen Behandlungsversuch auch bei prognostisch voraussichtlich ungünstigen Fällen und vor allem eine sofortige Unterbrechung der Fieberkur bei irgendwelchen Komplikationen, während man bei der Impfmalaria selbst mit kleinen Chinindosen keine sichere Regulierung der Fieberanfälle erzielen kann und mit dem Absetzen oft schon zu spät kommt. Im Gegensatz zur Impfmalaria bewirkt das Sulfosin oft schon während der Fieberkur eine auffällige körperliche Besserung der Kranken. Gewichtszunahmen von 10—20 Pfund innerhalb einer Sulfosinkur stellen keine Seltenheit dar und finden ihre Erklärung in der unspezifischen Reizwirkung des Schwefels. Der roborierende Effekt des Sulfosins erleichtert natürlich die Durchführung einer Fieberkur erheblich und bedeutet ebenso wie die Möglichkeit, die Fieberbehandlung mit Hilfe des Sulfosins zu dosieren und entsprechend den somatischen Gegebenheiten des Einzelfalles zu regulieren, einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der Impfmalaria. Das Sulfosin erzielt mit ausreichender Sicherheit und ohne jegliche Nebenerscheinungen eine regelmäßig verlaufende, bei gewisser Routine dosierbare Fieberreaktion über 39°. Die Sulfosinfieberreaktion verläuft in einer ruhigeren Kurve als der Malariaanfall und ersetzt dessen drastischen Effekt durch einen verlängerten Ablauf. Das Fieber

Digitized by Google

beginnt im allgemeinen 4—6 Stunden nach der Injektion, erreicht nach etwa 12 Stunden seinen Höhepunkt und klingt in weiteren 12 Stunden langsam wieder ab. Seine Wirksamkeit ist durch Hämogramme eindeutig nachzuweisen.

Die Bewertung unserer Behandlungsresultate erfolgt auf Grund persönlicher Nachuntersuchungen nach denselben Kriterien, welche bei der *Jossmann*schen Statistik Verwendung fanden. Grenzfälle wurden stets in die nächstschlechtere Rubrik einrangiert. Von 103 Kranken waren bei der Nachuntersuchung 9 voll, 12 sehr gut, 21 gut und 12 mäßig remittiert. Alle diese Kranken sind nach Abschluß der Behandlung in ihre Familien zurückgekehrt. Bei den nicht völlig Remittierten sind leichte oder mäßige Defekte zurückgeblieben, was bei dem vorgeschrittenen Zustand der meisten Fälle nicht anders zu erwarten war. Dies gilt in noch stärkerem Maße für die 2. Gruppe der nicht oder nur unzureichend gebesserten Fälle. Auch bei diesen 49 Kranken sind durch die Behandlung Besserungen zum Teil noch in dem Sinne erzielt worden, daß der progrediente paralytische Prozeß mindestens zum Stillstand gebracht wurde. Unter den 22 Todesfällen befinden sich 7 Kranke, die nach teilweise ausreichender Besserung völlig unabhängig von der Behandlung an interkurrenten Erkrankungen gestorben sind. Bei den übrigen erfolgte der Tod stets erst längere Zeit nach Abschluß oder vorzeitigem Abbruch der Behandlung im unmittelbaren Zusammenhang mit der trotz der Fieberkur fortschreitenden Paralyse, durchschnittlich 43 Wochen nach dem letzten Fieberanfall.

Der Beweis für die vollwertige Heilfieberwirkung des Sulfosins wird durch die Tatsache erbracht, daß auch durch die ausschließliche Sulfosinfieberbehandlung serologische Sanierungen erzielt wurden. Von 103 mit Sulfosin behandelten Fällen waren innerhalb von 2—3 Jahren 11 serologisch völlig restituiert und 7 bereits erheblich gebessert. Durch Liquorlängsschnitte von verschiedenartigsten Behandlungsresultaten läßt sich nachweisen, daß der Grad der Remissionen im wesentlichen vom Krankheitszustand bei Beginn der Behandlung abhängig ist und daß die Defektheilungen nicht etwa der Behandlungsmethode zur Last zu legen sind.

Die *Schröder*sche Annahme, daß dem Sulfosin außer der unspezifischen Fieberwirkung auch noch eine spezifische antiluische Wirksamkeit beizumessen sei, kann bisher nicht als erwiesen angesehen werden. Der Hauptfaktor des therapeutischen Fiebereffekts ist wohl auch bei dem Sulfosin in einer Umstimmung der allgemeinen Stoffwechsellage und einer unspezifischen Reizwirkung auf die Gefäßendothelien zu suchen. Sollte das Sulfosin außer seiner Fähigkeit, ausgiebige, dosierbare und gefahrlose Fieberanfälle hervorzurufen, auch noch gewisse spezifische Eigenschaften besitzen, dann würde es für die frühzeitige, prophylaktische Fieberbehandlung von Luesfällen, die in der Latenzperiode trotz wiederholter antiluischer Kuren seropositiv bleiben, ganz besonders geeignet sein.

Jedenfalls bedeutet die bequeme, regulierbare und ungefährliche Anwendbarkeit des Sulfosins für die Fiebertherapie einen außerordentlichen Vorteil. Auch bezüglich seiner Wirksamkeit scheint das Sulfosin allen Anforderungen für die Fieberbehandlung zu genügen. Auf Grund der bisherigen Behandlungsergebnisse kann angenommen werden, daß zwischen den Erfolgen des Sulfosins und der Impfmalaria keine qualitativen Unterschiede bestehen.

Digitized by Google

Der Sulfosinbehandlung verbleibt aber selbst dann noch ein ausgedehntes und erfolgversprechendes Anwendungsgebiet, wenn man die Impfmalaria für unkomplizierte und nicht allzu vorgeschrittene Paralysefälle auch weiterhin zu bevorzugen gewillt ist. Das Sulfosin kann zum mindesten als das gegebene Fiebermittel für alle noch behandlungsfähigen Paralysen gelten, die älter als 60 Jahre, fettsüchtig, körperlich sehr elend oder bereits stärker vorgeschritten sind, ferner für alle Kranken mit gröberen Herz-, Kreislauf- oder Nierenstörungen und vor allem für diejenigen Fälle, welche mit Tabes kombiniert sind oder bei denen der Verdacht auf eine inaktive Lungentuberkulose besteht. Für Grenzfälle und diejenigen Kranken, die vor der Behandlung einen verhältnismäßig günstigen Eindruck machen und dann trotzdem schon auf die ersten Malariaanfälle ungünstig reagieren, stellt die Kombination einer verkürzten Malaria- und Sulfosinbehandlung mit vier bzw. acht Fieberanfällen eine äußerst vorteilhafte Zwischenlösung dar. Für erforderlich werdende Wiederholungen der Fieberbehandlung verdient das Sulfosin schon deswegen in erster Linie Berücksichtigung, weil nochmalige Malariablutübertragungen vielfach nicht anzugehen pflegen und sich therapeutisch meist als wirkungslos herausstellen. Ein wesentlicher Vorzug des Sulfosins besteht darin, daß mit seiner Hilfe Fieberkuren in besonders gelagerten Fällen ambulant und selbst noch in entlegensten Gegenden von kleineren Anstalten und Krankenhäusern durchgeführt werden können. Die wichtigste Eigenschaft der Sulfosinbehandlung ist jedoch darin zu erblicken, daß sich bei ihrer Anwendung eine auf das Konto der Fiebertherapie zu setzende Mortalität völlig ausschalten läßt.

Koester-Bonn: Über die nach sozialen Gesichtspunkten erfolgten Nachuntersuchungen der unter meiner Fürsorge stehenden, behandelten Paralytiker.

Als Leiter der Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke Bonn hat der Vortragende die in seiner Fürsorge stehenden ca. 200 mit Malaria behandelten Paralytiker eingehend nach einem gewissen Schema in ihren Wohnungen bzw. Arbeitsstellen auf- und nachuntersucht. Es sind die Ergebnisse in den Jahren 1924—1929 zusammengefaßt. Vortragender legt entschiedenen Wert auf die Untersuchungen im Hause, in gewohnter Umgebung des Patienten, wo das gewohnte Milieu sozusagen einen festen Rückhalt gibt, während schriftlich eingeholte Auskünfte aus den verschiedensten Gründen gefärbt, unrichtig sind. Untersuchungen auf Bestellungen rufen Hemmungen und Umstellungen in dem Patienten hervor, die das Bild des tatsächlichen Befundes verwischen, und es fehlt dann der objektive Maßstab für die Besserung. Im einzelnen können nicht die gewonnenen Resultate bei den Untersuchungen angeführt werden, die sich auf das rein soziale Gebiet erstrecken, auf Kriminalität und Verantwortung nach § 51 Strafgesetzbuchs, Verfahren in Zivilsachen, Ehescheidungen, Eheschließungen, Geschäftsfähigkeit, Vormundschaft usw. Viele der Patienten wurden als geschäftsunfähig befunden. Besonderes Augenmerk richtete Vortragender aber auf die Erfolge bezüglich der Arbeits- und Berufsfähigkeit. Wenn auch eine größere Zahl der Kranken von Invalidenrente und Pensionen leben, — er glaubt, daß hier etwas zu weitherzig verfahren worden ist, — so betont er anderseits die zweifellosen Erfolge der Reiztherapie insofern,

Digitized by Google

als die größere Zahl wieder berufs- und arbeitsfähig ist. Die heutige wirtschaftliche Not mit ihrer Arbeitslosigkeit und dem Arbeitsmangel stört naturgemäß sehr das Bild, erst bei einigermaßen geordneten Verhältnissen wird sich hier noch ein viel günstigeres Resultat ergeben. Im einzelnen muß auf die später folgende Veröffentlichung hingewiesen werden.

Pönitz-Halle: Die paralytischen Sprachstörungen, ihre klinische Differenzierung und Beeinflussung durch Behandlung.

Die Beziehungen der paralytischen Sprachstörungen zum Krankheitsbild und Krankheitsverlauf hat man in letzter Zeit vorwiegend psychologisch eingestellt betrachtet. Eine klinische Differenzierung der paralytischen Sprachstörungen verlangt sowohl eine sprachpsychiatrische wie eine sprachneurologische Einstellung. Eine solche Differenzierung erscheint notwendig, da das Interesse am Paralyseverlauf seit Einführung der Malariabehandlung gewachsen ist.

Nur ein Teil der Sprachstörungen ist sprachpsychiatrisch zu fassen, ausdruckspsychologisch zu werten. Zum Teil werden diese Störungen aus dem neurasthenischen Symptomenkomplex abgeleitet. Soweit sie ferner ein ausgesprochenes Korrelat der Demenz darstellen, ist, von Tempostörungen abgesehen, nicht der häufig betonte Melodienmangel das Wesentliche, sondern die Störungen der Phrasierung. Nur diejenigen Störungen, die dem Gebiete der Ausdruckspsychologie angehören, gehen dem klinischen Bilde der Paralyse parallel, stellen einen Indikator für den Behandlungserfolg dar. Mäßige Tempoverlangsamungen und Phrasierungsschwäche sind meist das letzte Zeichen der therapeutisch günstig beeinflußten Erkrankung. Eine geringfügige Sprachataxie kann u. U. ein Zeichen von Situationseinsicht, von seelischer Genesung sein.

In das sprachneurologische Gebiet gehört vorzugsweise die artikulatorische Sprachstörung mit der Logoklonie. Sind die sprachpsychiatrischen Störungen vorzugweise den Stirnhirnprozessen adäquat, so diese Störungen Prozessen im Zerebellum, im Striatum, in Hirnnervenpartien. Wie die Pupillen- und Reflexstörungen sind sie weniger therapeutisch beeinflußbar, gehen sie den psychischen Störungen nicht parallel, wie an Hand von klinischen Beobachtungen nachgewiesen werden kann. Sie sind auch im Gegensatz zu denjenigen Sprachstörungen, die ausdruckspsychologisch zu fassen sind, nicht unbedingt mit Schriftstörungen vergesellschaftet. Sie bleiben mitunter als »Narbensymptome« zurück und sind häufig mit striären Symptomen verbunden. Wenn auch zuzugeben ist, daß manche Sprachstörungen vieldeutig sind, daß im Einzelfalle die Frage, ob eine Sprachstörung ausdruckspsychologisch zu werten ist, nicht immer entschieden werden kann, so muß grundsätzlich bei der klinischen Wertung der paralytischen Sprachstörung doch an einer Scheidung in einen sprachpsychiatrischen und einen sprachneurologischen Teil festgehalten werden. (Erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.)

Stiefler-Linz: Über die Fieberbehandlung mit Besredka-Typhusvakzine und mit Pyrifer bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

Vortr. berichtet über eigene Erfahrungen mit Typhus-Vakzine nach Besredka in 326 aufgezeichneten Fällen seit 1919; man erzielt bei

Digitized by Google

intravenöser Darreichung und entsprechend gesteigerter Dosierung eine bedarfsmäßige Anzahl von Fieberanfällen von bestimmter Höhe (um 40°) und begrenzter Dauer, so daß man die gewünschte Intensität der Allgemeinreaktion sozusagen in der Hand hat. Das Verfahren ist ziemlich verläßlich — nur 10% der Fälle reagierten ungenügend, 3,6% verhielten sich refraktär — und ungefährlich (kein Todesfall, keine schwere Komplikation), so daß es auch ambulatorisch bzw. in häuslicher Pflege durchgeführt werden konnte. Bei progressiver Paralyse, aktiver Tabes und Lues cerebri kommt die Typhusvakzine nur als Ergänzung oder Ersatz der hier souveränen Malariatherapie bei gleichzeitiger oder nachfolgender möglichst energischer Neosalvarsanbehandlung in Betracht, wenn die Malaria sich zu früh erschöpft oder überhaupt nicht anspricht (Wiederholungskur!) oder aus irgendwelchen zwingenden Gründen nicht angewendet wird; wir hatten in vielen Fällen gute und sehr gute, auch andauernde Erfolge in klinischer wie humoraler Hinsicht. Bei der multiplen Sklerose ist die Fieberbehandlung allen anderen therapeutischen Maßnahmen vorzuziehen, und zwar die Typhusvakzine der Malariabehandlung. Die Erfolge mit Typhusvakzine waren bei der multiplen Sklerose bei sehr vorsichtiger Schätzung in $^1/_4$ der Fälle sehr gut, bei chronischer Enzephalitis (Parkinsonismus) gering und nicht anhaltend, bei leichten Hebephrenien beachtenswert, bei Neuritiden und Neuralgien nach Versagen der hier sonst üblichen Behandlungen z. T. sehr gut. Die Typhusvakzine-Fieberbehandlung ist verläßlich, gefahrlos und bringt bei geeigneter Auswahl des Materials gute Ergebnisse.

Die gemeinsam mit *Lemberger* seit November 1930 mit Pyrifer gemachten Erfahrungen beziehen sich auf 57 Fälle des gleichen Anwendungsgebietes wie bei der Typhusvakzine. Pyrifer ist verläßlicher als Typhusvakzine; wir sahen keine refraktären Fälle. Pyrifer ist keinesfalls harmlos, auch nicht ungefährlich. Wir sahen wiederholt sehr kräftige Fieberreaktionen mit starker Beanspruchung des Kreislaufes, mehrmals Kollapszustände trotz entsprechender Herzfürsorge und Hautpflege, so daß wir in mehreren Fällen die Pyriferkur abbrechen mußten. Wir hatten leider auch zwei Todesfälle (Tabes dorsalis, Lues cerebri) infolge Embolie der A. pulmonalis bzw. Thrombose der Lungengefäße. Von einer Durchführung der Pyriferbehandlung außerhalb des Krankenhauses ist abzuraten. Eine Auswertung unserer Pyriferfälle hinsichtlich Behandlungsergebnis ist bei der kurzen Beobachtungszeit noch nicht möglich.

Bruetsch-Indianapolis, Indiana, U. S. A.: Aktivierung des Mesenchyms mit therapeutischer Malaria.

Der Vortragende demonstrierte an der Hand von zahlreichen Lichtbildern die Gewebsveränderungen, die sich während der Malariabehandlung in den inneren Organen abspielen. Die Veränderungen bestehen, kurz gesagt, in einer Stimulierung des mesodermalen Gewebes einschließlich des Blutes, das ja auch mesenchymalen Ursprungs ist. Den Forschungen waren *Maximows* ausgedehnte Studien am Bindegewebe und Blute zugrunde gelegt.

Die Bindegewebszelle, welche die geringste Stimulation erfährt, ist der Fibrozyt. Im allgemeinen bleibt der Fibrozyt unverändert. Häufig jedoch findet man im lockeren Bindegewebe aus dünnwandigen kleinen Venen ausgetretene rote Blutkörperchen und junge Malariaparasiten. In der Nachbarschaft dieser kleinen Bindegewebshämorrhagien kann man aufgerundete,

Digitized by Google

d. h. stimulierte Fibrozyten wahrnehmen. Aber selbst unter solch intensiver Stimulierung erwirbt der Fibrozyt keine phagozytären Eigenschaften, bleibt als solcher erkennbar und verwandelt sich nicht in einen Histiozyten.

Die Endothelzelle der größeren Gefäße steht entwicklungsgeschichtlich auf derselben Stufe wie der Fibrozyt und zeigt keine reaktiven Veränderungen. Dies ändert sich, wenn man zum kapillaren Endothel kommt. Das Endothel der Kapillaren und besonders das Endothel der kapillaren Venulae ist weniger hoch differenziert und besitzt mehr einen synzytialen Charakter. Dies trifft ebenfalls für die Endothelzelle der Hirnrindenkapillaren zu, die während der akuten Malaria eine morphologisch sichtbare Stimulation aufweist, sich an der Bildung von Endothelphagozyten beteiligt, aber nicht phagozytär wird, solange sie in der Kapillarwand verankert bleibt. Die Stimulierung der Endothelzellen der Hirnrindenkapillaren werden mit den veränderten Permeabilitätsverhältnissen während und nach der Malariabehandlung in Beziehung gebracht. Während der Malariabehandlung der Paralyse ist die Durchlässigkeit der an sich schon permeablen Gefäßwand noch weiter gesteigert. Diese Beobachtung steht in Einklang mit Tatsachen, die größtenteils von Physiologen ausgearbeitet wurden, nämlich, daß endotheliale Stimulierung und erhöhte Permeabilität parallel gehen. Nach dem Abschluß der Malaria reduziert sich die Permeabilität und geht in gut ansprechenden Fällen auf die Norm, oder anders ausgedrückt, in die statische Phase über. Die Reduzierung der durch das Plasmodium maximal erhöhten aber reversiblen Permeabilität findet ihre Erklärung in der Beobachtung, daß als das Resultat einer vorhergehenden Stimulierung von außerordentlicher Größe die statische Phase eine ausgesprochenere wird.

Die im Blute kreisenden Granulozyten, die neutrophilen Leukozyten, zeigen die Reizung durch die Malaria in dem Auftreten von jungen Formen. Wenn man mit der supravitalen Methode das periphere Blutbild untersucht, findet man außerdem eine große Anzahl von kleinen Vakuolen im Zelleib, d. h. die phagozytären Eigenschaften der neutrophilen Leukozyten werden leicht angeregt. Sie bleiben aber minimal im Vergleich zu den später zu erwähnenden Histiozyten.

Daß die Fettzelle Beziehungen zu dem retikulo-endothelialen System hat, ist durch experimentelle Untersuchungen wahrscheinlich gemacht *(Herzog, F. Wassermann)*. Abgesehen von einem gelegentlich etwas helleren Zellkerne kann an den Fettzellen während der Malaria nichts festgestellt werden.

Der für die Wirkungsweise der Impfmalaria wichtigste Zelltypus ist der Histiozyt. Die Histiozyten, die in Leber, Milz und Knochenmark als sogenannte histiozytäre Uferzellen die Kapillarwand bilden und im Bindegewebe sämtlicher Organe als ruhende Gewebshistiozyten vorhanden sind, verwandeln sich unter der stimulierenden Wirkung des Plasmodiums in aktive, hochphagozytäre Polyblasten. Weiterhin wird ihre Zahl erheblich vermehrt, so daß man in gewissen Organen von einer Neubildung von histiozytärem oder makrophagem Gewebe sprechen kann. Während in den Meningen und anderen Organen des Körpers wie Leber, Milz, Knochenmark und Lungensepten eine gewaltige Histiozytenstimulierung und Neuformation von makrophagem Gewebe vorhanden ist, ist diese in der Großhirnrinde äußerst gering. Nur ab und zu findet man in den Gefäßscheiden der Rinde einen vereinzelten, leicht aktivierten Histiozyten. Stimulierte

Digitized by Google

Histiozyten sind etwas zahlreicher in dem Adventitialräumen der subkortikalen Gefäße. In dem Striatum und im Pons erreichen sie sogar eine beträchtliche Zahl in der Adventitia der großen Gefäße, die mit vasa vasorum versehen sind. Die Schwierigkeit, perivaskuläre Histiozyten oder Makrophagen in der Hirnrinde zu produzieren, scheint eine der Ursachen zu sein, warum es selbst mit der Malaria so schwer ist, einen vollausgebildeten paralytischen Prozeß zum Stillstand zu bringen. Das Problem wird noch weiterhin kompliziert dadurch, daß die Spirochäten, die in das Hirngewebe, d. h. weg von den Gefäßen, eingewandert sind, geschützt sind vor den durch die Malaria stimulierten und teilweise neuformierten perivaskulären phagozytären Makrophagen. Die Mikroglia oder die Hortegaschen Zellen, die von den spanischen Autoren als die Makrophagen der Hirnrinde angesehen und mit dem retikulo-endothelialen Apparate in Verbindung gebracht werden, beteiligen sich nicht an der durch die Plasmodium hervorgerufenen Stimulation und verwandeln sich nicht in aktive Phagozyten.

Die Zunahme der Monozyten, der sogenannten großen Mononukleären, im peripheren Blute ist eine alte Beobachtung bei der Malaria. Auf die Umwandlung der Monozyten in aktive Polyblasten unter entzündlichen Bedingungen wird hingewiesen.

Auf die Reizung der Myelozyten während der Malariabehandlung ist zuerst von *Schilling, Jossmann* und deren Mitarbeitern aufmerksam gemacht worden.

Die durch die Zerstörung der Erythrozyten hervorgerufene Reizung in der letzteren Zellgruppe ist seit langem bekannt.

Die Megakaryozyten des Knochenmarks scheinen sich nicht oder nur wenig zu verändern.

Da die Malaria imstande ist, fast die ganze Reihe der spezifisch entwickelten Blut- und Bindegewebszellen zu stimulieren, so liegt es auf der Hand, daß auch eine Aktivierung der vollkommen undifferenzierten Mutterzelle stattfinden muß. Mit dem Titel »Aktivierung des Mesenchyms mit therapeutischer Malaria« meint der Vortragende ausschließlich diese spezifische Gewebszelle. Die embryonalen Mesenchymzellen, die sich nach *Maximow* im erwachsenen Organismus überall im Bindegewebe zerstreut finden, zeigen während der Malaria eine intensive Proliferation hauptsächlich in der Leber und den Nebennieren. In diesen Organen hat man den Eindruck, als ob während der Malaria embryonale Geschehnisse wiederholt werden. Diese Zellen, die als reife und unreife basophile Rundzellen beschrieben werden, bilden im periportalen Gewebe der Leber größere Zellhaufen. Im Blutstrome der inneren Organe sind sie als reife oder vollentwickelte Zellen reichlich vertreten. Die Aktivierung der undifferenzierten Mesenchymzelle ist eine separate Phase der Aktivierung des gesamten mesodermalen Gewebes. Um den komplizierten Fragenkomplex des Wirkungsmechanismus der Impfmalaria von der anatomischen Seite her aufzuklären, hat es sich als praktisch erwiesen, die Vorgänge an den individuellen Bindegewebszellen getrennt zu studieren.

Der Vortragende schließt den Vortrag mit der Demonstration von drei Lichtbildern, mit denen er von der zytologischen Seite her zeigen zu können glaubt, daß die Malariabehandlung anderen Infektionsbehandlungen überlegen ist. Zuerst wird ein nicht-stimulierter retikulärer Histiozyt von

Digitized by Google

der Milz gezeigt, dann dieselbe Zelle stimuliert mit Streptokoken von einem Gesichtserysipel und schließlich dieselbe Zelle stimuliert mit Malaria. Die Stimulierung des retikulären Histiozyten mit Malaria ist weitaus intensiver, als die Stimulierung mit Streptokokken. Der retikuläre Histiozyt der Milz ist am besten als Indikator geeignet, um die verschiedenen Grade der Stimulierung des retikulo-endothelialen Apparates zu demonstrieren. Getötete Bakterien in der Form von Vakzinen stimulieren ebenfalls das retikulo-endotheliale System, aber die Gewebsreaktion ist eine etwas andersartige. Mit getöteten Bakterien wird eine monozytäre Gewebsreaktion hervorgerufen. Mit der Malaria produziert der Kliniker eine histiozytäre oder makrophage Gewebsreaktion. Es wird schwer halten, nach Ansicht des Vortragenden, eine andere Krankheit zu finden, die in so idealer und intensiver Weise das mesodermale Gewebe des Körpers stimuliert, wie die therapeutische Malaria. Und es wird noch schwerer sein, ein künstliches Mittel zu schaffen, das imstande wäre die *Wagner-Jaureggsche* Malaria in der Behandlung der Paralyse zu verdrängen.

Bender-Berlin-Wittenau: Zur Pathologie der malariabehandelten Paralyse.

Bender berichtet über die Ergebnisse der pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchungen bei 30 in oder kurz nach der Malariabehandlung in den Wittenauer Heilstätten verstorbenen Paralytikern. Dabei wurde unter anderem festgestellt: Als Todesursache spielt die Pneumonie — besonders die Bronchopneumonie — eine große Rolle. In ihrem Gefolge treten in einer relativ sehr hohen Zahl der Fälle septische Milzen auf. Es handelt sich also um septische Erkrankungen infolge a priori mangelhafter oder anderweit stark beanspruchter Abwehrkraft des Organismus. — Eine weitere große Rolle spielt der Tod unmittelbar vom Herzen ausgehend, infolge vorzeitigen Nachlassens der Herzkraft; hier handelt es sich meistens um degenerierte oder anämische Herzen. Zusammenhänge zwischen der Schwere der Prozesse im Gehirn und der Schwere der klinischen Zustandsbilder waren deutlich zu erkennen. Besonders und durchaus gilt dies für jene neun Fälle, die sich unter der Malariakur schnell verschlimmerten. Eine Gesetzmäßigkeit der Zusammenhänge zwischen ähnlichen klinischen Bildern einerseits und regionaler Verteilung und Art der materiellen Störungen im Substrat anderseits konnte indessen nicht festgestellt werden. Insbesondere bestand keine Beziehung zwischen der zelligen Zusammensetzung der Infiltrate und dem Verlauf der klinischen Erscheinungen. In der großen Mehrzahl der Fälle fanden sich in den Infiltraten Plasmazellen, in einzelnen sogar vorwiegend. Phagozyten spielten diesen gegenüber zahlenmäßig eine ganz untergeordnete Rolle. Eine Aktivierung der Abwehrkräfte, insbesondere der mesenchymalen, war also bei diesen Fällen nicht in nennenswertem Maße eingetreten. Von einer Umwandlung des chronischen Paralyseprozesses in eine akute Encephalitis luica kann also hier nicht gesprochen werden. — Es läßt sich aus den histologischen Befunden nicht sagen, warum die Aktivierung der Abwehrzellen nicht eintrat. Sehr wahrscheinlich ist für diese Verhältnisse die Hirnanlage von großer Bedeutung, wobei berücksichtigt werden muß, daß diese ohne Zweifel auch mit allgemein-körperlichen Anlagen und Voraussetzungen in Beziehung steht. Besondere Vitalität und Giftigkeit der entsprechenden Spirochätenstämme

Digitized by Google

für die unzureichende Abwehr verantwortlich machen zu wollen, scheint unrichtig zu sein; denn auch in den Fällen mit heftigstem Verlauf (die erwähnten neun) waren keine Spirochäten zu finden.

Dattner-Wien: Über Hautreaktion bei Neurosyphilis.

Der Umstand, daß die Paralytiker in einer sehr großen Zahl von Fällen nichts über eine luetische Infektion zu berichten wissen, oder aber, wenn sie von ihnen beobachtet wurde, frei von allen Sekundärerscheinungen und Rezidiven geblieben sind, ist bereits seit langem bekannt und hat zu der Theorie geführt, daß die Kranken eine Abwehrschwäche der Haut aufweisen, welche die Bildung von Immunkörpern verhindert und dadurch das ZNS. zum begünstigten Lokalisationsgebiet späterer luetischer Manifestationen macht. Nun ist mir im Zuge von Untersuchungen über Allergie der Haut bei Nerven- und Geisteskranken aufgefallen, daß sich bei Patienten mit neuroluetischen Erscheinungen in einem überraschend großen Prozentsatz z. T. überhaupt keine oder nur sehr schwache Reaktionen zeigen, wenn man die Haut skarifiziert und dann Alttuberkulin Koch in konzentrierter Form auf die Skarifikationsstelle einwirken läßt. Durch diesen Befund angeregt, bin ich der Frage näher nachgegangen und habe nun im Laufe von einem halben Jahr rund 700 Patienten mit verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten, darunter rund 450 Spätluesfälle, in verschiedenen Stadien der Erkrankung einer Tuberkulin-Skarifikationsprobe unterzogen. Sie wird in der Weise durchgeführt, daß man drei aufeinander senkrechte, ungefähr 1 cm^2 Hautfläche beanspruchende Skarifikationsstriche an der Streckseite des Vorderarms anbringt, darauf 1—2 Tropfen Tuberkulin sorgfältig verreibt und eintrocknen läßt. Die Reaktion wird, da sie sich manchmal verspätet, erst nach 48 Stunden abgelesen. Sie wird je nach ihrer Intensität als stark positiv, mittelstark, spurweise und negativ bezeichnet, wobei unter stark positiver Reaktion jene Hauterscheinungen erfaßt wurden, die bis zur Blasen- und Schorfbildung vorgeschritten waren, während die leichteste Rötung schon als Spur vermerkt wurde. Starke Reaktionen bleiben in der Regel bis zu 10—14 Tagen sichtbar. Hingegen sind die ganz schwachen meist schon nach zwei Tagen vollkommen verschwunden.

Es ist diese Reaktion der Pirquetschen Hautprobe sehr ähnlich und enthebt uns daher der Notwendigkeit, statistisches Vergleichsmaterial herbeizuschaffen, weil ja bekannt ist, daß nahezu 90 Prozent der erwachsenen Stadtbevölkerung einen positiven Pirquet aufweisen. Außerdem ist in den letzten Jahren zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen die Skarifikation mit Ponndorfschem und Paulschem Impfstoff, die beide ATK. enthalten, sehr in Schwung gekommen, und auch mit ihnen lassen sich starke Hautreaktionen in der Regel sehr leicht hervorrufen. Da das Paralyse-Material, das mir in der Klinik zur Verfügung stand, sich hauptsächlich aus frischen, entweder noch nicht behandelten oder sich in der Kur oder unmittelbar nach derselben befindlichen Patienten zusammensetzt, war es naheliegend, mit ihnen auch progressive Anstaltsfälle und dann solche Patienten zu vergleichen, deren günstiges Schicksal einigermaßen sicher bestimmbar ist, das sind Paralytiker, die sich bereits mehrere Jahre in Remission befinden. Die dabei gewonnenen Zahlen sind folgende: Von 75 im Beginn der Erkrankung stehenden Paralytikern, bei denen noch keine gegen

Digitized by Google

die Paralyse gerichtete unspezifische Behandlung eingesetzt hat, zeigen nicht weniger als 62 (82,7%) keinerlei oder nur eine ganz geringe Reaktion, 7 (9,3%) eine mittelstarke und nur 6 (8%) eine stark positive. Im Gegensatz dazu zeigen von 63 Patienten, die eine Mindestlebensdauer von 6 Jahren nach Ausbruch der Erkrankung aufweisen, nur 17 (27%) eine negative oder schwach positive Tuberkulin-Skarifikations-Reaktion (TSR.), 10 (16%) eine mittelstarke und 36 (57%) eine stark positive. Aber auch vom klinischen Standpunkt aus teilen sich hyperergetische und anergetische Patienten in die entsprechenden Gruppen, insofern als von den 36 Hyperergetischen 34 unter den stationären und remittierten Patienten rangieren, während von den 91 vollkommen Anergischen nur 15 remittiert oder stationär, die anderen aber entweder schon progredient oder erst unmittelbar vor oder während der Kur sind, so daß ein Urteil über ihr weiteres Schicksal noch nicht möglich ist. Doch auch noch eine andere Betrachtung zeigt uns die Bedeutung der TSR. Von der Gesamtheit stark positiv reagierender Paralytiker, das sind 82, weisen 36 (44%) eine Lebensdauer von mehr als 6 Jahren, darunter einer eine von 14 Jahren, einer von 9 Jahren auf, während von den 139 negativen und schwach positiven nur 17 (12%) eine gleich lange Lebensdauer aufweisen. Es ist verständlich, daß gerade die gegen die Erwartung reagierenden Fälle unser besonderes Interesse beanspruchen und weitere Untersuchungen herausfordern. Aber schon heute glauben wir sagen zu können, daß auch das klinische Bild der Patienten mit widersprechender Hautreaktion in der überwiegenden Zahl der Fälle ein atypisches ist.

Die gleichen Verhältnisse der Anergie, wie wir sie bei initialen Paralysen erheben konnten, haben wir sehr häufig auch bei liquorpositiven Patienten der Spätperiode mit und ohne klinische Symptome vorgefunden, woraus hervorgeht, daß die Anergie der Metalues vorausgehen kann, also ein Frühsymptom darstellt, während sich bei liquornegativen Patienten in einem sehr großen Prozentsatz eine Hyperergie nachweisen ließ.

Die Kranken mit Lues cerebri zeigen kein sicheres Überwiegen bei den positiven Hautreaktionen; dagegen hatten zwei von drei Fällen mit Lues congenita sehr starke TSR.

Da wir begreiflicherweise den Wunsch hatten, nur die wirklich überempfindlichen Patienten zu erfassen und die anderen unter der Schwelle zu lassen, um die vielen Übergangsfälle auszumerzen, haben wir zuerst Versuche mit verschiedenen Tuberkulinverdünnungen vorgenommen und sind dann schließlich dazugekommen, uns des Cutivaccin Paul mitius zu bedienen. Dieses erweist sich als ein außerordentlich schwacher Reizstoff und zeigt daher nur die wirklich hyperergetischen Patienten an. Aber auch der Ponndorf A- und B-Impfstoff ist milder als das ATK., aber etwas stärker als das Cutivaccin Paul.

Wir haben ferner die verschiedensten bakteriellen, tierischen und pflanzlichen Proteine zu unseren Skarifikationsversuchen herangezogen, dann auch chemische Reizstoffe wie Phlogetan, Natrium nucleinicum, Calcium chloratum und viele andere mehr, die sich aber als unwirksam erwiesen haben, und sind schließlich zu einem Mittel gelangt, das unsere Aufmerksamkeit in hohem Maße in Anspruch genommen hat, u. zw. zum Krotonöl. Wir haben es in der gleichen Weise wie das ATK. appliziert. Es übertrifft an Wirksamkeit das Tuberkulin ganz beträchtlich, indem es

Digitized by Google

auch dort noch Reizerscheinungen hervorruft, wo das ATK. reaktionslos vertragen wird. Es war daher von besonderem Interesse, daß sich unter unseren Paralytikern einige, darunter ein ganz initialer Fall, selbst gegen das Krotonöl als unempfindlich erwiesen haben. Allerdings hatten wir Gelegenheit, auch das Umgekehrte festzustellen, daß sich bei negativer Krotonölreaktion eine positive TSR. einstellte, was uns wahrscheinlich macht, daß in der TSR. auch ein spezifischer Faktor enthalten ist, der möglicherweise eine tuberkulöse Erkrankung anzeigt. Tatsächlich hatten wir auch Gelegenheit, bei zwei Kranken mit kavernöser Phthise, die sich in paralytischer Progression in der Anstalt befinden, eine sehr heftige TSR. zu beobachten. Umgekehrt sahen wir bei Patienten, die durch eine bis zu ganz hohen Dosen gesteigerte Tuberkulinkur gegen das ATK. immunisiert worden waren, auch bei negativem Liquor, der nach unseren Erfahrungen sehr oft mit einer hyperergischen Hautreaktion verbunden ist, eine vollständig negative TSR.

Nun haben bereits *Dujardin* und *Dupres, Dujardin* und *Décamps* den Versuch unternommen, auf Grund von Hautproben die Syphilis in eine allergische und anergische einzuteilen, und haben zu ihren Versuchen Pferdeserum, Milch und auch Tuberkulin herangezogen. Sie haben sich größtenteils der intrakutanen Methode bedient. Leider sind ihre Ergebnisse in der Literatur nicht ohne Widerspruch geblieben. Es liegen ferner bereits Berichte über Abänderung der Reaktionsfähigkeit der Haut nach der Malariakur von seiten *Benvenutis* und *Skalweits* vor, die sich des Luetins, bzw. des Luotests von *Müller-Brandt* bedient haben. Auch wir haben zu Vergleichszwecken das Luotest herangezogen und haben feststellen können, daß die Ergebnisse der TSR. und Luotestreaktion durchaus nicht übereinstimmen, u. zw. erweist sich oft das Tuberkulin wirksam, wo das Luotest versagt, manchmal ist es auch umgekehrt, was uns naturgemäß das Problem der Reaktionsfähigkeit der Haut beträchtlich verwickelter erscheinen läßt. Daß das Luotest aber nicht etwa wegen seines spezifischen Charakters seine Wirkung ausübt, geht daraus hervor, daß sich auch das Immenin, ein injizierbares Bienengift nach *Kretschy*, in der überwiegenden Mehrzahl von Fällen mit negativer TSR. als unwirksam erwiesen hat — allerdings haben wir auch hier Ausnahmen gesehen —, während es sonst sehr heftige Reizerscheinungen hervorruft.

Um zu erweisen, daß es sich bei den initialen Paralytikern um eine polytrope Anergie handelt, haben wir auch Bakterien-Pollen- und Nahrungsmittel-Allergene, sowohl kutan als auch intrakutan zu unseren Versuchen herangezogen und feststellen können, daß die Reaktionen mit der TSR. in der Regel parallel gehen.

Wir haben also zeigen können, daß die überwiegende Zahl liquorpositiver Patienten der Spätperiode mit und ohne klinische Zeichen, vor allem aber initiale Paralytiker, in einem sehr großen Prozentsatz gegen das Tuberkulin und viele andere Reizstoffe anergisch sind. Wir haben ferner gesehen, daß Patienten derselben Periode mit negativem Liquor, vor allem malariabehandelte Paralytiker, wenn sie sich in langdauernder Remission befinden, sich in einem sehr hohen Prozentsatz gegen dieselben Substanzen hyperergisch verhalten. Es besteht nach unseren Beobachtungen, die ergeben haben, daß bei manchen Patienten schon während oder unmittelbar nach der Malariakur die Änderung der Reaktionsfähigkeit der Haut gegen

Digitized by Google

das ATK. in Erscheinung tritt, kein Zweifel darüber, daß es die Malariabehandlung ist, welche die Umstimmung der Haut herbeiführt. Es ist dies offenbar nur eine Teilerscheinung ihrer Wirkung, weil wie *Skalweit* gezeigt hat, gleichzeitig eine Veränderung der biologischen Abwehrsituation des Gesamtkörpers herbeigeführt wird, die sich darin äußert, daß die vor der Behandlung bei Paralytikern in der Regel bestehende Lymphopenie nach abgeschlossener Behandlung in der Remission in eine Lymphozytose umschlägt, was nach *Skalweit* Ausdruck der erstarkenden Abwehrkräfte des Organismus sein soll. Es erscheint bemerkenswert, daß wir in einigen Fällen auch beim Ausbleiben eines therapeutischen Erfolges positive Hautreaktionen bei malariabehandelten Paralytikern gefunden haben, die allerdings niemals so hohe Grade erreichten wie bei den lange Jahre in voller Remission befindlichen.

Das Krotonöl hat sich als das wirksamste, das Cutivakzin Paul als das mildeste kutane Reizmittel erwiesen. Intrakutane Injektionen von Immenin und Luotest rufen in einem großen Prozentsatz der Fälle die gleiche Reaktion hervor wie die Tuberkulinskarifikation. Manchmal dissoziieren sich beide, und es wird Gegenstand weiterer Untersuchungen sein, welche Bedeutung dieser Regelwidrigkeit zukommt. Auch heute schon besitzen wir Anhaltspunkte für die Auffassung, daß Atypien des Reaktionssyndroms der Haut auf klinische Besonderheiten des Falles hinweisen. Es wäre von größter Wichtigkeit, festzustellen, ob diese von uns nachgewiesene Reaktionsfähigkeit der Haut eine von vornherein bestehende Eigenschaft des von einer luetischen Infektion betroffenen Organismus ist, ob sie sich erst im Laufe der Jahre entwickelt oder erst unmittelbar vor Ausbruch schwerer Veränderungen im ZNS. geschaffen wird.

Jedenfalls aber fügen die Tuberkulinskarifikations- und die ihr verwandten Reaktionen schon heute zu den bereits bekannten Bedingungen, welche Voraussetzung der Entstehung metaluetischer Erkrankungen sind, eine neue hinzu. Es erhalten damit Versuche, durch therapeutische Maßnahmen eine Umstimmung der Haut im Sinne der Allergie bzw. Hyperergie herbeizuführen, eine theoretische Stütze. Schließlich rücken sowohl die alte Tuberkulintherapie *Wagners* bei der progressiven Paralyse und die von mir mit Erfolg angewendete unspezifisch desensibilisierende ATK.-Kur mit kleinsten unterschwelligen Dosen bei spätlatenter liquorpositiver Lues resp. Tabes in ein neues Licht.

Rehm-Bremen: Zellen im paralytischen Liquor.

An einer Reihe von Tabellen und selbstgezeichneten Bildern wird über die Zellzahl, die Art der Zellen und das Verhältnis von Zahl zu Art bzw. Herkunft der Zellen referiert. — Während in der Zeit vor der Malariabehandlung nach *Wagner-Jauregg* die Zahl der Zellen im paralytischen Liquor zwischen 10 und 100 im cmm im Gros der Fälle betrug, liegt jetzt die Mehrzahl zwischen 1—30. Man kann demnach jetzt mit der Zellzahl diagnostisch wenig anfangen. Es ist deshalb richtig, wie in der Vormalaria-Zeit daran festzuhalten, daß 1—5 Zellen im cmm als negativ und 6—9 Zellen als Grenzwert zu gelten haben. — Die Zellzahl ändert sich in einer großen Zahl von Fällen während des Verlaufes der Krankheit sehr; die sogenannten geschwänzten Zellen weisen auf einen akuten Prozeß der Pia hin; sie sind in solchen Fällen gegenüber den gewöhnlichen Lympho-

Digitized by Google

zyten in der Überzahl. Wenn der akute Prozeß ein Ende findet, gehen die Geschwänzten sehr rasch auf eine kleine Zahl zurück; während die Lymphozyten nur langsam folgen. Solche Schwankungen gehen mit und ohne Malaria-Erkrankungen vor sich, oft auch ohne irgend eine ersichtliche Änderung im klinischen Bild. — Die Paralyse weist im Zellbild neben der Meningitis die größte Mannigfaltigkeit auf; insbesondere sind die mitotischen Kernteilungsfiguren zu erwähnen als Beweis dafür, daß die Zellen im Liquor nicht von vornherein zum Untergang bestimmt sind, ferner die Auflösungsprodukte der Zellen, die schließlich Pigmenthaufen bilden. An einem Falle einer chronischen Paralyse, welcher mehrmals ohne klinischen und humoralen Erfolg mit Malaria behandelt war, wird gezeigt, daß Chinin ohne Malaria einen Zellsturz verursachen kann, hauptsächlich sind daran, wie sonst bei dem Zellsturz, die geschwänzten Zellen beteiligt. — Das Chinin wirkt, wie bekannt ist, 1. hemmend auf die Permeabilität der Leukozyten in bezug auf die Blutgefäße, 2. die Oberflächenspannung der Zellen herabsetzend und 3. zerstörend auf das Protoplasma der weißen Blutzellen. An Bildern wird demonstriert, wie die Zellen des paralytischen Liquor nach Chiningaben in dem angeführten Falle eine progressive Veränderung des Protoplasmas erleiden, indem dieses schlechter färbbar wird und schließlich schwindet; gleichzeitig werden auch die Kerne angegriffen, indem sie fädige Ausläufer ausschicken und Neigung zu Pyknose zeigen. Eine Permeabilität des Chinins in den Liquor ist bisher nicht nachgewiesen; auch dem Vortr. ist der Nachweis zunächst nicht gelungen; vielleicht liegt die Schwierigkeit darin, daß es ungewöhnlich schnell ausgeschieden wird.

Friedrich-Arnsdorf: Histologischer Befund bei fieberbehandelten Paralytikern.

Unter 114 untersuchten Paralytikergehirnen finden sich nach Ausschluß von drei klinisch und anatomisch stationären Paralysen — Krankheitsdauer 16 bis 28 Jahre —, von 91 Fieberbehandelten bei 17 Fällen histologisch Abweichungen vom üblichen Bilde der Paralyse im Sinne der Abschwächung bezw. des Stillstandes des Prozesses. Die Patienten wurden mit Malaria, Recurrens, Malaria + Recurrens, sowie mit Saprovitan oder Pyrifer behandelt. Eine Umstimmung der Reaktion zu spezifischen Veränderungen war nicht festzustellen. Nur fünfmal wurden miliare Gummen oder miliare Granulome gefunden. Der Tod erfolgte einmal während der Malaria, 15mal während der Impfrecurrens, zweimal nach Coupierungsversuch der Recurrens in septisch-typhösem Fieber. Bei den übrigen Fällen lag die Fieberkur bis zu 5 Jahren zurück.

Bei sämtlichen Fällen handelt es sich um sicher diagnostizierbare Paralysen, die nie eine Rückbildung bis zum vollen Grade der stationären Paralyse erkennen lassen. Bis zu zwei Monaten nach der Impfung war eine Milderung des Prozesses — mit einer Ausnahme — nicht nachweisbar. Häufiger überwog in dieser Zeit die lymphozytäre Infiltration sehr erheblich über die plasmatische. Eine Regression der anatomischen Veränderungen fand sich bei den Fällen, die $2^1/_2$ bis 14 Monate nach der Impfung starben; sie tritt also nicht sofort im Anschluß an die Kur ein. Die Fälle, die nach Ablauf von einem Jahre oder mehr nach der Kur starben, zeigen wieder schwere Befunde mit Ausnahme weniger Fälle, die

Digitized by Google

auch später noch eine Annäherung an das Bild der stationären Paralyse beibehalten. Im Gegensatz zu *Wilsons* Erhebungen wurden auch hier meist diffuse Veränderungen gefunden, nur in der Minderzahl der Fälle herdförmige Prozesse. Ein prinzipieller Unterschied zwischen den mit Malaria und den mit Recurrens behandelten Fällen, sowie den mit Malaria + Recurrens Behandelten ist nicht festzustellen. Rein zahlenmäßig ist die günstige Beeinflussung häufiger bei Anwendung von Malaria oder Malaria + Recurrens als bei den reinen Recurrensfällen. Doch dürfte hier auch eine andere Zusammensetzung des Materials mitsprechen, da die Recurrens noch bei Patienten angewendet wurde, die früher von der Malaria ausgeschlossen worden waren. Die Frage, ob der spezifischen Nachbehandlung eine wesentlich unterstützende Bedeutung zukommt, kann am vorliegenden Material nicht sicher entschieden werden. Bei reiner Saprovitan- und Pyriferbehandlung wurde zweimal eine sehr erhebliche lymphozytäre Infiltration festgestellt. Da es sich hier nur um sechs Fälle, darunter zwei atypische Paralysen handelt, können aus den Befunden keine weiteren Schlüsse gezogen werden. Eine Milderung war nicht festzustellen. Ein Parallelismus zwischen klinischem, serologischem und anatomischem Befund besteht nicht.

R. Müller-Wien: Zur Methodik der vereinfachten Ballungs-Reaktion (M. B. R. II) bei Liquoruntersuchung.

1. Herstellung des Antigens aus dem Ballungs-Reagens: 1 ccm des Ballungs-Reagens wird in eine Eprouvette von 16 mm Durchmesser und 90 mm Höhe gebracht und 5 Minuten im 56grädigen Wasserbad vorgewärmt. Zu dem erwärmten Reagens läßt man aus einer Pipette längs der Eprouvettenwand 1,5 ccm schwach alkalisierte physiologische Kochsalzlösung[1]) zufließen (Temperatur dder Salzlösung ungef. 17 Grad). Mischung durch einmaliges Kippen. Das Verhältnis vom Ballungs-Reagens zur Kochsalzlösung ist nunmehr 1:1,5. Während nach der bisherigen Vorschrift nach 10 Minuten Reifung weitere 12,5 ccm alk. Salzlösung zugesetzt wurden[2]), zeigten neuere Untersuchungen, daß diese zweite Verdünnung nicht notwendig ist, daß vielmehr die entsprechend verringerte Menge des 10 Minuten gereiften und dann nicht weiter verdünnten Antigens noch empfindlicher bei Lues und dabei vollständig spezifisch reagiert.
2. Ausführung des Versuches: Je 0,6 inaktivierten Liquors werden mit 0,05 Antigen versetzt und gemischt. Nach fünf Minuten Wasserbad von 54 bis 56 Grad bleibt der Versuch bei Zimmertemperatur bis zum nächsten Tage stehen.
3. Ablesung der Resultate: Die Bewertung des Resultates erfolgt in 4 Stärkegraden. a) Komplett positiv (++++). Deutliche Ballung während der ersten drei Stunden nach Wasserbad. b) Stark positiv (+++) Wolkenbildung während der ersten Stunden. Deutliche Ballung bis zum nächsten Tage. c) Deutlich positiv (+). Negativ am Versuchstage, Ballung am nächsten Tage. d) Schwach positiv (±). Keine

[1]) Über Alkalisierung siehe die dem Ballungs-Reagens (Schering-Kahlbaum) beigegebene genaue Gebrauchsvorschrift.

[2]) Klin. W. Jg. 9, Nr. 30, S. 1405/1407, 1930.

Digitized by Google

ausgesprochene Ballung, jedoch deutliche Flockenbildung innerhalb 18 bis 24 Stunden.
(Die Bezeichnung solcher schwacher Ausfälle als »zweifelhaft« wäre deshalb unrichtig, weil selbst in solch schwachem Grade kaum je ein nicht luetischer Liquor reagiert.)

Vergleich der M. B. R. mit der Wa. R.: In der Mehrzahl der Fälle deckt sich das Resultat auch quantitativ mit der nach *Hauptmann* titrierten Wa. R. Daß die Wa. R. bei Lues positiv ist, wo die M. B. R. II versagt, gehört zu den allergrößten Ausnahmen; es handelt sich dann immer nur um minimale Spuren positiver Wa. R. Dagegen kommt es manchmal zu einer deutlich positiven Ballungsreaktion bei negativer W. R., besonders in Fällen von Tabes, fieberbehandelter Paralyse, sowie latenter Lues. Nichtluetische Liquores (multiple Sklerose, Meningitis, Tumor, Cysticercus usw.), bei denen die Kolloidreaktionen manchmal positiv ausfallen, geben mit der M. B. R. II einwandfrei negatives Resultat.

R. Müller: Die Verwendung der vereinfachten Ballungs-Reaktion (M. B. R. II) für die Liquoruntersuchung. Kl. W. Jg. 9, Nr. 30, S. 1405, 1930.

C. Aussprache über die vorstehenden Referate und Vorträge:

a) *Weygandt*-Hamburg: Quartana sollte als mildeste Form mehr berücksichtigt werden, dauert aber eiligen Patienten oft zu lang. — Recurrens habe ich auch angewandt bei Schizophrenie, Metencephalitis, Sclerosis multiplex, doch ohne Erfolg. Auch neue Stämme aus Ostrußland und Zentralasien versagten bei Nichtluikern. Wenn *Rosenblums* Erfahrungen zu Recht bestehen, muß ganz frischer Recurrens bei chronisch Schizophrenen günstig wirken, wenn schon die theoretischen Grundlagen anders sind.

In der Statistik sollte die Rubrik nicht fehlen: Wieviel Todesfälle erfolgten in unmittelbarem Zusammenhang mit der Kur? Die Ziffer ist erfreulich klein, was günstig auf Publikum und Behörden wirkt.

Die Mittelgruppe der Stationären sollte geteilt werden in 1. Entlassungsfähige, 2. Anstaltsbedürftige.

Jeder Beruf soll verboten werden, in dem von momentanen Entscheidungen und Reaktionen Menschen abhängen. Gut behandelte Juristen sollten nicht als Einzelrichter und nicht als Strafrichter wirken. Richter im Zivilkollegium, im Grundbuchamt usw. können evtl. zugelassen werden. Manchmal will ein pensionierter Richter Anwalt werden, aber die Anwaltskammer sagt: wer nicht zum Richter taugt, taugt auch nicht zum Anwalt. Demgegenüber ist zu betonen, daß der Klient sich seinen Anwalt aussuchen kann, aber nicht seinen Richter, ferner daß die Anwälte auch keine Altersgrenze wie die Richter haben.

In geeigneten Fällen muß sehr wohl auch Zurechnungsfähigkeit zugegeben werden. Haftfähigkeit könnte auch bei kürzerer Remission, etwa von halb- oder einjähriger Dauer angenommen werden. — Geschäftsfähigkeit muß noch eher zugegeben werden, übrigens hat *Cramer* schon vor 25 Jahren das Testament eines angehenden Paralytikers gültig erklärt. — *Schneiders* Annahme gegenüber, daß bei § 1569 BGB. nicht gefragt werden dürfe, ob der gesunde Ehepartner mehr oder weniger sensibel dem gebesserten paralytischen gegenübersteht, ist zu betonen, daß Reichsgerichtsentscheidungen solche Erwägungen sehr wohl zulassen.

Digitized by Google

Erfreulich ist, daß der frühere Pessimismus der Berliner Kollegen sich aufgehellt hat. Tatsächlich ist die erfolgreiche Paralysetherapie das eindrucksamste Erlebnis unserer gesamten psychiatrischen Laufbahn. Wenn der Erfolg nur halb so gut wäre, wie er ist, wäre doch *Wagner-Jaureggs* so konsequent vorbereitete und mit kühner Initiative durchgeführte Therapie eine unvergleichliche und uns zur eifrigsten Befolgung und Weiterverarbeitung verpflichtende Tat.

b) *Dattner*-Wien verweist darauf, daß vieles von dem, was hier in den Vorträgen als Neuerwerb unseres Wissens dargestellt wurde, bereits alten Erfahrungen *Wagner-Jaureggs* entspricht, der schon vor 40 Jahren mit der unspezifischen Therapie der Paralyse begonnen hat und gerade wegen der oft unzureichenden Ergebnisse der von ihm gebrauchten Methoden, wie Tuberkulin-Typhusbehandlung, zur Malariakur gelangt ist. Wenn man »neue« Methoden empfehle, müsse man den Beweis erbringen, daß sie mehr zu leisten vermögen als die Malariatherapie, und das müßte an solchen Fällen gezeigt werden, die sich gegen jede andere Therapie, selbst die Malariabehandlung als refraktär erwiesen haben, weil gerade diese überlegene Wirksamkeit der Malariakur bereits von vielen Beispielen her bekannt ist. — Gegen die von *H. Jossmann* vorgelegten Statistiken verschiedener Autoren müsse eingewendet werden, daß es offenbar Schuld falscher Erhebung sei, wenn sich selbst die Grenzwerte der Todesfälle in so weitem Abstand halten. Es müßten eben einheitliche Grundsätze statistischer Erfassung eingehalten werden. — Dann bestätigt *D.* die Ergebnisse, die *H. Kasperek* beim Vergleich der spezifisch vorbehandelten und unbehandelt gebliebenen Paralytiker erzielt hat, und verweist auf seine Untersuchungen, über welche er bereits in der KliWo. 7. Jahrg. Nr. 20 berichtet hat, die Herrn *K.* offenbar entgangen sind.

Zum Ref. d. Herrn *Plaut* möchte *D.* vor allem bemerken, daß nach seinen Erfahrungen die Zellen sehr bald nach der Behandlung verschwinden und daß, wo das nicht der Fall ist, die Aussichten für eine Sanierung des Liquors nicht sehr günstig liegen. Es bezieht sich diese Beobachtung hauptsächlich auf malaria-, typhus- und tuberkulinbehandelte Pat.

Dann hat *D.* in Übereinstimmung mit *Kirschbaum* beobachten können, daß sich die paralytische Goldsolkurve nach einer erfolgreichen Behandlung nicht über eine Lueszacke zur Norm zurückbildet, sondern in einer spezifischen Weise, indem die Ausfällung in den ersten vier Röhrchen immer schwächer wird. — Sehr häufig treten auch bei dauerndem Bestand einer vollen Remission Serorezidive auf. — Gegen die Auffassung, daß die im Liquorbefund sichtbar werdenden Reaktionen durch die Anwesenheit von Spirochäten hervorgerufen werden, scheine zu sprechen, daß selbst nach der wirksamsten Behandlung vereinzelte pathologische Befunde durch viele Jahre bestehen bleiben.

Schließlich weist *D.* nachdrücklich auf die Wichtigkeit frühzeitiger Entdeckung der Paralysekandidaten hin, die nur durch eine Lumbalpunktion ermöglicht werde. Zu diesem Zwecke müsse man in jedem Fall von Lues punktieren, wenn der Verdacht einer Affektion des Nervensystems bestehe. Das sei mit einer ambulatorischen Lumbalpunktion sehr wesentlich erleichtert, daher empfiehlt *D.* dieselbe auf Grund seiner sich auf 3000 Fälle stützenden Erfahrungen mit der von ihm modifizierten Antonischen Nadel.

Digitized by Google

c) *Herschmann*-Wien erblickt darin, daß *K. Schneider* die Haftfähigkeit voll remittierter Paralytiker zugibt, ihre Zurechnungsfähigkeit aber grundsätzlich bestreitet, einen Widerspruch. Zur Haftfähigkeit ist nicht allein ein gewisser Grad körperlicher Widerstandfähigkeit notwendig, es gehört vielmehr dazu auch eine Empfänglichkeit für die motivierende Kraft der Strafe. Fehlt diese, so ist eine Bestrafung — schon vom Standpunkte der Spezialprävention aus — sinnlos. Ist sie aber vorhanden, so ist damit auch bereits das wichtigste Kriterium der Zurechnungsfähigkeit gegeben.

Es ist keine Prestigefrage, wenn gefordert wird, vollremittierte Paralytiker nicht grundsätzlich für unzurechnungsfähig zu erklären. Diese Forderung ergibt sich vielmehr aus folgender Erwägung: Die Referenten haben bestätigt, daß manche remittierte Paralytiker nur mehr so geringe Reste ihrer Erkrankung aufweisen, daß es zu ihrem Nachweis komplizierter psychologischer Methoden bedarf. Diese Menschen leben im Vollgenuß ihrer bürgerlichen Rechte; es ist daher nur recht und billig, daß sie der Gesellschaft gegenüber auch ein gewisses Maß von Verantwortung tragen. Es ist vom rechtlichen und sozialen Standpunkt aus unzulässig, daß eine Gruppe von Menschen im Vollgenuß aller bürgerlichen Rechte steht und dabei das ius impune nocendi besitzt. Die allfällige Internierung in der Irrenanstalt im Falle, daß dissoziale Handlungen gesetzt werden, bildet keinen genügenden Ersatz, da dem Gericht auf die Internierung und namentlich auf die Dauer der Internierung kein hinreichender Einfluß zusteht.

Gravide Paralytikerinnen sind nicht, wie *K. Schneider* vorgeschlagen hat, einer »milden« Fieberkur sondern der Malariakur zu unterziehen, die auch von graviden Frauen gut vertragen wird. Steht man aber auf dem Standpunkt, bei graviden Frauen keine Malariakur auszuführen, dann hat man vor Einleitung der Malariakur die Schwangerschaft zu unterbrechen, keinesfalls geht es an, die Gesundheit der Mutter dadurch zu schädigen, daß man auf die wirksamste Methode der Behandlung verzichtet.

Der Wiedereinstellung der remittierten Paralytiker ins Berufsleben steht außer der Wirtschaftskrise noch das vorläufig anscheinend unbesiegbare Mißtrauen weiter Kreise entgegen, das leider jedem remittierten Paralytiker noch entgegengebracht wird. Aufgabe der Psychiater wäre es, dieses Mißtrauen nicht noch zu erhöhen, sondern an seinem Abbau mitzuarbeiten.

In den gedruckten Leitsätzen des *Schneider*schen Referates finden sich auch folgende Worte: »Rein sozial gesehen hat der glänzende ärztliche Triumph der modernen Paralysebehandlung seine Kehrseite. Die wenigen praktisch geheilten Fälle spielen sozial keine Rolle gegenüber der die Allgemeinheit schwer belastenden Tatsache, daß es jetzt eine chronische Paralyse gibt.« Schon die Tatsache, daß derartige »soziale« Erwägungen, die dem ärztlichen Denken so fremd sind, ins Referat Eingang finden konnten, ist zu bedauern. Im übrigen werden diese Bedenken gegenstandslos werden, sobald die Ärzte ihre Paralytiker frühzeitig der Malariatherapie zuführen werden, da das Ausmaß des Erfolges in erster Reihe von dem Zeitpunkt der Inangriffnahme der Behandlung abhängt.

d) *Simon*-Gütersloh: Herr *Kallmann* hat die Unschädlichkeit des Sulfosins bei latenter Tuberkulose erwähnt. Wir haben bei einer Serie von 20 Sulfosinkuren bei Schizophrenie die Erfahrung machen müssen, daß in

Digitized by Google

zwei Fällen eine latente Lungentuberkulose durch das Fieber ernstlich aktiviert worden ist. Nebenbei bemerkt, blieb ein günstiger Erfolg auf den Verlauf der Schizophrenie aus; Oberarzt *Kemper* hat darüber in unserem niedersächsisch-westfälischen Verein berichtet. Sehr störend wirkt bei Sulfosin auch die große Schmerzhaftigkeit, über welche fast alle Kranken besonders bei den kurmäßigen höheren Dosen sehr klagten, auch bei kunstgerechter intramuskulärer Anwendung. In Folge der Schmerzhaftigkeit mußten mehrere Kuren abgebrochen werden. Wir sind mit dem Sulfosin sehr zurückhaltend geworden und wenden es nur noch gelegentlich bei Paralyse dann an, wenn eine Malariakur aus irgendeinem zwingenden Grunde unterbleiben muß.

e) *Roggenbau*-Berlin: Das Bestreben bei der Paralysebehandlung ein therapeutisches Mittel in der Hand zu haben, welches der Leistungsfähigkeit des Kranken jeweils weitgehend angepaßt werden kann, veranlaßte uns in einer Reihe von Fällen das von *Siemerling* in die Fiebertherapie eingeführte Pyrifer zu verwenden. Wir fühlten uns zur Anwendung dieses Mittels um so mehr berechtigt, als durch die Untersuchungen über das Fieber, über die vor einiger Zeit *Freund* zusammenhängend in Königsberg berichtete, wahrscheinlich nachgewiesen wurde, daß das Maßgebliche bei der Beeinflussung des Ablaufes von Krankheiten nicht die Temperatursteigerung als solche ist, sondern daß es die gleichartigen Stoffwechselvorgänge an den Endothelien sind, die durch die Aufnahme blutfremder Stoffe hervorgerufen werden; sei es nun, daß es sich hierbei um die Einwirkung von Bakterien oder sonst irgendwelchen aseptischen Ursachen handelt. In der Tätigkeit der Endothelien haben wir das wesentliche Abwehrsystem des Organismus zu erblicken. Daß es sich bei der Abwehr nicht um etwas typisch Spezifisches handelt, dafür sprechen nicht nur die ungefähr gleichen Zahlen der Remissionen bei den verschiedenen Fieberbehandlungen der Paralyse, sondern auch der Ablauf der Blutreaktionen, der für die verschiedensten Mittel — Malaria, Rekurrens, Sodoku, Pyrifer, Gonyatren, Sulfosin — die gleichen Gesetzmäßigkeiten aufweist. Die Temperatursteigerung ist nur ein Begleitsymptom und ein Indikator des entfesselten Abwehrkampfes, sie ruft eine Abänderung der Stoffwechsellage hervor und schafft abnorme allgemeine oder konstitutionelle Bedingungen. Zu den durch das Fieber hervorgerufenen abnormen Bedingungen ist die Steigerung der Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke zu rechnen. Wir benützten bei unserer Pyriferbehandlung diese Veränderung, um eine Anreicherung des nervösen Parenchyms mit spezifischen Mitteln zu erzielen. Aus zahlreichen eingehenden Nachforschungen nach dem Schicksal des Salvarsans im Körper ist bekannt, daß das Salvarsan in reichlicher Menge in der Leber, Niere, Milz, im Knochenmark zu finden ist, daß es aber — alles in allem — doch nur mangelhaft gelingt, bei der Bekämpfung der syphilitischen Erkrankung der Hirnsubstanz das Salvarsan dort zur Wirkung zu bringen. Die Untersuchungen *Engelmanns* haben nun gezeigt, daß im Fieber die in die Hirnsubstanz übertretenden Salvarsanmengen ganz außerordentlich gesteigert werden können, sodaß dann das Salvarsan seine volle paratitotrope Wirkung im Gehirn entfalten kann. Wir injizierten daher auf der Höhe des Fiebers regelmäßig in Abständen von zwei Tagen Salvarsan und gaben außerdem ein über das anderemal Wismut. Um schädliche Nebenwirkungen des Salvarsans zu vermeiden, verwendeten wir anfangs Zucker als Lösungsmittel

Digitized by Google

für das Salvarsan. Da es jedoch durch diese Zuckerlösung sehr oft und bald zu einer Verödung der Gefäße kam, lösten wir später das Salvarsan wieder in Wasser und haben, abgesehen von einer Salvarsandermatitis niemals eine Salvarsanschädigung gesehen. Die klinischen Erfolge dieser Behandlung zeigen das gleiche Bild wie die anderer Fieberbehandlungsmethoden. Wir glauben auch nicht, daß sich durch diese Art der kombinierten Fieberbehandlung mit spezifischen Mitteln noch eine wesentliche Erhöhung der Zahl der Remissionen erzielen lassen wird, da ja wahrscheinlich der paralytische Organismus infolge konstitutioneller oder erworbener Schwäche nicht mehr über hinreichende Möglichkeiten einer Regulierung verfügt. Das scheint uns von entscheidender Bedeutung. Dagegen heben sich die Ergebnisse in humoraler Beziehung gegenüber den der üblichen Fieberbehandlungen dadurch heraus, daß sie bereits nach dem Abschluß der Behandlung sehr weitgehende Besserungen bis zu völligem Negativwerden der Luesreaktionen im Blut und Liquor zeigen. Uns erscheint daher diese kombinierte Behandlung empfehlenswert als gewissermaßen prophylaktische Paralysebehandlung bei allen den Fällen von Lues, die sich den üblichen Behandlungsmethoden gegenüber als besonders resistent erwiesen haben.

f) *Wilmanns*-Heidelberg: Wir sind uns alle einig, daß die moderne Fiebertherapie eine glänzende Bestätigung der alten Erfahrungen von *Schüle, Schäfer, Tuczek, Larroque, Svetlin, Halban* und anderen ist, wonach akute fieberhafte Erkrankungen die Paralyse zu bessern vermögen und daß sie uns die günstigen Erfolge von *Jakobi, Öbeke* und *Ludwig Meier,* die sie bei dieser Erkrankung mit der *Autenrieth*schen Salbe erzielten, erst verständlich macht. Es wird uns begreiflich, daß der Psychiater *Müller* in Würzburg von der Tartarusstibiatussalbe sagen konnte, daß es die einzige Behandlungsmethode sei, mit der man Besserungen bei Geisteskrankheiten erzielen könne. Wir müssen uns aber fragen, ob die Remissionen und chronischen Verläufe, die wir gegenwärtig bei der fieberbehandelten Paralyse beobachten, stets und ausschließlich auf die umstimmende Therapie zurückzuführen sind oder ob nicht vielleicht die Dementia paralytica an sich schon ihre Erscheinungsform geändert, eine gewisse Wandlung erfahren hat. Ich glaube, daß man diese Behauptung nicht ohne weiteres ablehnen darf, wenn auch ein überzeugender Beweis für ihre Richtigkeit zur Zeit noch nicht geführt worden ist. Ältere Irrenärzte wie z. B. *Öbecke* und später *Mendel* hatten bereits gelehrt, daß die Paralyse im Laufe der letzten Jahrzehnte langsamer und chronischer verlaufe und daß die dementen Formen im Zunehmen begriffen seien. Es ist auch bemerkenswert, daß *Neumann* auf Grund seiner immerhin spärlichen Erfahrungen in seiner Pöpelwitzer Anstalt ein klassisches Bild der progressiven Paralyse mit ausgesprochenem Größenwahn entwerfen konnte, und diese Erscheinungsform offenbar so im Vordergrund seiner Beobachtungen stand, daß er nur diese, nicht aber die depressive und demente Erscheinungs- und Verlaufsform als Paralyse anerkannt wissen wollte. Auf die Behauptung, daß die akuten, stürmischen, expansive und demente Erscheinungs- und Verlaufsform als Paralyse anerkannt verlaufenden zurücktreten, stößt man gelegentlich auch in der neueren Literatur, z. B. in den Veröffentlichungen von *Hoche* und *Bumke*. Dagegen läßt sich freilich der naheliegende Einwand erheben, daß die Beobachtung an sich richtig, die Schlußfolgerung aber, daß die Paralyse ihr Gesicht verändere, falsch sein könne, und daß die Änderung in dem prozentualen Ver-

Digitized by Google

hältnis zwischen akuten und chronisch verlaufenden Formen nicht eine wirkliche Zunahme dieser weniger stürmischen Formen schließen läßt, sondern die Folge einer erweiterten Irrenfürsorge sei.

Allein es gibt noch andere Beobachtungen, die uns zweifeln lassen, ob diese letztere Erklärung ganz befriedigen kann. Als *Gaupp* sich am Anfang des Jahrhunderts mit der Prognose der progressiven Paralyse näher beschäftigte, stellte er auf Grund katamnestischer Untersuchungen an 175 Paralytikern der Heidelberger Klinik fest, daß eine Dauer von über 6 Jahren selten vorkomme. Bei seinen Forschungen an sämtlichen bayerischen und württembergischen Anstalten fand *Gaupp* im Jahre 1907 nur 5 Paralytiker, deren Erkrankung über 8 Jahre schon bestand. Als jedoch *Toni Schmidt-Kraepelin* 20 Jahre später die in den Jahren 1905—1922 in der psychiatrischen Klinik in München behandelten rund 2000 Paralytiker katamnestisch erfaßte, ergab sich, daß die Erkrankung bei 144 d. h. fast 7% über 6 Jahre, bei 80 d. h. fast 4% über 8 Jahre gedauert hatte. Gewiß wird man auch aus diesen Ziffern nicht ohne weiteres schließen dürfen, daß die Paralyse im Laufe dieser 20 Jahre chronischer geworden sei. Der Einwand liegt nahe, daß *Gaupp* noch nicht über die diagnostischen Hilfsmittel der Tochter *Kraepelins* verfügte und infolgedessen die häufig atypisch verlaufenden chronischen Paralysen nicht erkannte. Ich würde auch nicht wagen, aus einem Vergleich dieser Ziffern den Schluß auf eine Wandlung der Paralyse zu ziehen, wenn ich nicht den Eindruck hätte, daß auch die Tabes im Laufe der letzten Jahrzehnte ihr Gesicht geändert hat. Waren nicht die erscheinungsreichen Tabesfälle, vor allem die Formen mit schweren Ataxien, viel häufiger als gegenwärtig? Daß die ataktischen Tabiker vor 30 Jahren, ich möchte fast sagen, das Heidelberger Stadtbild belebten, war doch nicht allein auf den Ruf *Erbs* zurückzuführen, oder doch? Kurzum, es scheint mir, als ob die Tabes allmählich chronischer, erscheinungsärmer würde und eine Wandlung durchmache, wie wir sie in viel sinnfälliger Weise bei der Syphilis beobachten konnten.

Wenn diese Beobachtung richtig ist, darf man sie bei der Beurteilung des Einflusses der Infektionstherapie auf den Verlauf der Paralyse nicht ganz außer acht lassen. Manches, was wir vielleicht als Folgen der Therapie betrachten, ist auf die Wandlung der Metalues zurückzuführen.

Herr *Jossmann* glaubt aus seinen Untersuchungen schließen zu dürfen, daß diejenigen Paralytiker, deren Syphilis energisch spezifisch behandelt wurde, durch die Malariakuren günstiger beeinflußt wurden, als diejenigen, deren Syphilis unbehandelt blieb. Andere glauben aus ihren Statistiken den umgekehrten Schluß ziehen zu dürfen. *Jossmanns* Material ist sehr groß und gewiß auch sehr sorgfältig und kritisch verarbeitet worden. Ich zweifle daher nicht, daß *Jossmann* recht hat, wenn er meint, daß die Ergebnisse der Malariakuren bei den vorbehandelten Paralytikern günstiger seien als bei den unbehandelt gebliebenen. Ich glaube jedoch, daß das mit der Behandlung nichts zu tun hat. Sollte man diesen Schluß ziehen, so würde man den gleichen Denkfehler begehen, den einige Syphilidologen aus ihren Statistiken zu ziehen pflegen. Diese stellten fest, daß ihre vorschriftsmäßig behandelten Syphilitiker verhältnismäßig selten an Metalues erkranken und führen das auf ihre energische Behandlung zurück. Sie übersehen aber m. E., daß sie doch nur eine sehr einseitige Auslese der in einer bestimmten Bevölkerung vorhandenen Syphilitiker zu erfassen vermögen, nämlich die-

Digitized by Google

jenigen, die sie wegen ihrer Erkrankung aufsuchen. Unter ihnen findet sich naturgemäß eine verhältnismäßig große Anzahl von Kranken mit erscheinungsreicher Syphilis; die symptomarmen Syphilitiker suchen den Arzt sehr oft nicht auf, eben weil sie von ihrer Erkrankung nichts wissen. Bekanntlich ist es aber die erscheinungsarme Syphilis, die mit Vorliebe zu Metalues führt. Die Wahrscheinlichkeit, an Metalues zu erkranken, ist demnach bei dem Material der Syphilidologen von vornherein sehr viel geringer, als bei denjenigen Kranken, die nicht mit ihnen in Berührung kommen. Daß eine zu rechter Zeit vorgenommene antisyphilitische Kur manchen Syphilitiker zu heilen und ihn auf diese Weise vor Metalues zu bewahren vermag, sei unbestritten. Daß aber die Zahl der Metaluiker unter den antisyphilitisch behandelten Patienten relativ gering ist, liegt nicht allein an der Behandlung, sondern auch an der Besonderheit des Verlaufes der Syphilis bei diesen behandelten Patienten. Ebenso ist der günstigere Erfolg der Malariatherapie bei den vorbehandelten Paralytikern *Jossmanns* nicht auf die Vorbehandlung, sondern auf die erscheinungsreichere Syphilis zurückzuführen. Die »Abwehrkräfte« des Kranken mit erscheinungsreicher Syphilis sind stärker als bei Kranken mit erscheinungsarmer. Das geht schon aus der Tatsache hervor, daß die Zeit zwischen Infektion und Ausbruch der Psychose bei völlig unbehandelt gebliebenen Kranken durchschnittlich erheblich länger ist, wenn sie an einer erscheinungsreicheren Syphilis litten.

g) Schlußwort: *K. Schneider*-Köln: Ich will nur zu dem letzten Punkt, den Herr *Herschmann* gegen mich eingewendet hat, einige Worte sagen. Ich habe gesagt, daß sich in diesen Fragen (wie auch sonst oft in der Medizin) gewisse Widersprüche ergeben zwischen rein ärztlicher und sozialärztlicher Einstellung. Und ich habe ferner gesagt, daß diese Widersprüche sich nicht wissenschaftlich lösen lassen, sondern daß man sich nur auf Grund seiner persönlichen Wertordnung entscheiden könne. Ich habe meine eigene Anschauung nicht verschwiegen, sondern wörtlich gesagt, ich sei nicht der Ansicht, daß sich ein Arzt im Hinblick auf soziale Gesichtspunkte davon abhalten lassen dürfe, zu tun, was er als Arzt tun könne. Herr *Herschmann* hat sein Pathos also völlig in die leere Luft verschossen. Mich jedenfalls traf es nicht. (Herr *Herschmann* hat den Schluß seiner Diskussionsbemerkung in Wirklichkeit sehr viel schärfer gehalten, als es nach der obigen schriftlichen Fassung den Anschein hat.)

h) Schlußwort: *Jossmann:* Herrn *Dattner* ist zu erwidern, daß die Differenz in den Prozentwerten der Todesfälle sich teils aus der Verschiedenheit des Materials, teils aus der verschieden großen Erfahrung mit der Reiztherapie in den verschiedenen Zeitabschnitten erklärt. Die durchschnittliche Mortalität im Zusammenhang mit der Behandlung, nach der Herr *Weygandt* fragt, beträgt zwischen 10 und 15%. Zu den Ergebnissen von Herrn *Kasperek* ist zu bemerken, daß das von ihm zugrunde gelegte Material zahlenmäßig vielleicht doch nicht groß genug ist, um den Einfluß der spezifischen Vorbehandlung zu entscheiden; außerdem ist die Fragestellung des Referats insofern weniger eingehend gewesen, als überhaupt nur eine spezifische Vorbehandlung im allgemeinen, d. h. im wesentlichen der primären Lues berücksichtigt wurde. Herrn *Wilmanns* ist zuzugeben, daß eine kausale Beeinflussung des Remissionserfolges mit der Tatsache der größeren Beteiligung spezifisch Vorbehandelter an den guten Remissionen

Digitized by Google

nicht gegeben ist; andererseits kann aus der Feststellung, daß in einem Falle überhaupt nicht spezifisch behandelt worden ist, nicht unbedingt der Schluß gezogen werden, daß es sich um einen schlechten Reagierer gehandelt habe. — Ergänzend zu den Ausführungen *Schneiders* wird bemerkt, daß sich in dem Material der Charité zwei Frauen vorfinden, die nach der Behandlung normale Geburten gesund befundener Kinder gehabt haben. — Die Liquoruntersuchungen des dem Referat zugrunde gelegten Materials bestätigen in jeder Beziehung die Ausführungen *Plauts*; ein Parallelismus klinischer und humoralpathologischer Befunde ließ sich nicht nachweisen, ebensowenig aber auch eine generelle Konvergenz, da auch eine erhebliche Zahl völlig defekter Anstaltsparalytiker ebenso vollkommene Sanierungen zeigt, wie bei den besten Remissionen. — Besondere Berücksichtigung verlangt die Frage der Dosierung des reiztherapeutischen Mittels, die bisher überhaupt noch nicht exakt geklärt ist.

D. Weitere Vorträge:

Weygandt-Hamburg: Referat über die Tätigkeit des Deutschen Verbandes für psychische Hygiene.

Nachdem der Deutsche Verein für Psychiatrie auf der Versammlung in Kassel 1925 mich beauftragt hat, ihn bei dem Deutschen Verband für psychische Hygiene zu vertreten, möchte ich, wie in der vorletzten Versammlung, hier kurz über die Wirksamkeit des Verbandes referieren, zumal über den Verband und seine Bestrebungen noch mehrfach unzutreffende Vorstellungen bestehen. Im voraus möchte ich betonen, daß der Verband, wenn er auch nicht mit dem Verein in so enger Beziehung und Personalunion steht, wie die analogen Verbände in anderen Staaten mit ihrer Psychiatervertretung, keineswegs eine Art Konkurrenz oder eine Absplitterung von dem Verein darstellt, wie es vielleicht von der Gesellschaft für Psychotherapie gesagt werden kann. Der Verband hat sich im Anschluß an die amerikanischen Bestrebungen entwickelt, die 1908 durch Chlifford *W. Beers* unter Mitwirkung des Psychiaters *Ad. Meyer* von Baltimore zu einem Zusammenschluß gebracht worden sind. 1920 hat *Toulouse* in Frankreich eine Organisation gebildet und 1925 gelang es *R. Sommer* in Deutschland einen Verband zu schaffen. Es handelt sich im Grunde um eine Mantelorganisation für alle Richtungen, Gruppen und Sonderorganisationen, die sich mit der Förderung psychischer Gesundheit und Wertigkeit befassen, also mit der Fürsorge für Geisteskranke, Schwachsinnige, Psychopathen, Alkoholisten, Sexualdifferente, Kriminelle, insbesondere auch mit eugenischen Bestrebungen, unter Mitwirkung von Ärzten, Soziologen, Fürsorgebeamten, Psychotechnikern, Heilpädagogen, Kriminalisten usw.

Der Verband hat den internationalen Kongreß für psychische Hygiene in Washington besucht, wobei von seinem Vorstand *Weygandt, Römer, Kolb, Simon* erschienen, drei davon als Delegierte der Reichsregierung, ferner *Rüdin, Birnbaum, Hermkes, Bufe, Reid, Hürthern* u. a., aus Österreich *Kauders*. Der Kongreß wies eine Besucherzahl von mehr als 4000 Teilnehmern auf, aus 52 verschiedenen Nationen. Es wurde sehr intensiv gearbeitet, regelmäßig in 3 parallelen Sitzungsreihen, neben denen auch noch andere Organisationen tagten, wie die amerikanische Psychiatergesellschaft, der amerikanische Verein für Schwachsinnigenfürsorge, die Prohibitionisten, die Psychoanalytiker usw. Es wurden 44 Referate gehalten,

Digitized by Google

davon 28 von Amerikanern, 5 von Deutschen. Die deutsche Gruppe veranstaltete eine Rundreise in amerikanische Anstalten und Kliniken, auch wurden von ihr aus noch Vorträge in New York und Chikago gehalten. Unter der Reihe von Irrenfürsorgeeinrichtungen in den östlichen Staaten sind als besonders beachtenswert zu bezeichnen die Universitätskliniken in Baltimore und im Medical Center in New York, letztere in einem 20stöckigen Hochhaus, dann die Regierungsanstalt St. Elizabeth Hospital in Washington, die über 8000 Kranke zählende Anstalt Manhattan State Hospital bei New York und das äußerst opulente, große Privatsanatorium Bloomingdale. Neben den großzügigen wissenschaftlichen Einrichtungen der Kliniken sind in den Anstalten die Bestrebungen zur Beschäftigungstherapie bemerkenswert. Allerdings erwuchs nicht der Eindruck, daß unsere Irrenfürsorge hinter den besichtigten, zu den besten ihres Landes gehörenden Einrichtungen zurückstehe.

Der Deutsche Verband für psychische Hygiene hat sich weiterhin betätigt durch Beteiligung an der Hygiene-Ausstellung in Dresden. Die Ausführung der von ihm beratenen Pläne entsprach aber infolge Einwirkung anderweitiger Einflüsse nicht ganz den Erwartungen, jedoch ist eine zweckmäßigere Gestaltung des von dem Verband eingerichteten Pavillons zu erwarten, auch soll eine Ruhewiese nach *Sommers* System in Betrieb genommen werden. Fernerhin ist die Verbindung angeknüpft mit dem Deutschen Hygiene-Museum, so daß auch in dieser für Volksbildung und Aufklärung bedeutsamen Stätte die Irrenfürsorge vertreten sein soll.

Rege betätigt hat sich der Verband auch durch Flugblätter. Sodann hat er auch Mittel bewilligt für Vorlesungen über psychische Hygiene, die an den Universitäten publice et gratis für Hörer aller Fakultäten gehalten werden sollen.

(Die Behörden haben in zunehmendem Maße Verständnis für die Bestrebungen des Verbandes gezeigt und ihn unterstützt. Aber auch die Fachgenossen sollten es als selbstverständlich ansehen, daß sie dem Verband als Mitglied beitreten oder daß wenigstens jede Anstalt korporatives Mitglied des Verbandes wird.)

Pohlisch-Berlin: Krankheitshäufigkeit und Art der Verbreitung der Opiatsuchten in Deutschland.

Die Verbreitung des Opiatmißbrauchs in Deutschland ist durch die vor einigen Tagen in Kraft getretene neue Verordnung zum Opiumgesetz ein Thema von aktuellem Interesse geworden. Dem Thema kommt aber noch eine weit darüber hinausgehende Bedeutung zu. Deutschland hat als führendes Land in der Fabrikation von Opiumpräparaten ein besonderes Interesse daran, festzustellen, wie groß im eigenen Lande der Anteil des Opiumverbrauchs ist, der auf Abusus entfällt. Bisher konnte dies in keinem Lande ermittelt werden, weil die Verbraucherzahl und Verbrauchsmenge, soweit Mißbrauch in Betracht kommt, unbekannt war. Ich möchte Ihnen statistisches Material vorlegen, durch welches diese Aufgabe der Lösung näher gebracht wird. Das Material entstammt dem Reichsgesundheitsamt und wurde in dankenswerter Weise von Herrn Präsidenten *Hamel* zur Verfügung gestellt. Das Reichsgesundheitsamt sammelte aus dem ersten Halbjahr 1928 die aufbewahrungspflichtigen Opiatrezepte sämtlicher deutscher Apotheken. Dieses Urmaterial wurde aufs engste mit der Klinik verbunden

Digitized by Google

durch Heranziehen von 2310 klinisch und sonstwie in den Jahren 1914—1931 fachärztlich untersuchten Morphinisten. Die Vergleichstatistik setzt sich aus folgenden Fällen zusammen: Aufnahmen der Charité, der Berliner Heil- und Pflegeanstalten, mehrerer Privatsanatorien, Rauschgiftberatungsstellen und dem umfangreichen Material der deutschen Versorgungsämter. Den Krankenhausdirektoren und Behörden verdanke ich weitgehendes Entgegenkommen. — Eine Unvollständigkeit des Urmaterials entsteht durch den Ausfall einzelner, meist ungebräuchlicher Opiate, die 1928 dem Opiumgesetz nicht unterstanden, vor allem des Eukodals, ferner durch Fehlen illegal bezogener Narkotika und der Rezepte einiger Apotheken. Die Fehlergröße dürfte mit 20—30% nicht als zu niedrig geschätzt werden. Morphinisten, die Monat um Monat ihren Bedarf ausschließlich durch Schleichhandel decken, sind recht selten. Der Schleichhandel mit Opiaten hatte 1928 — im Gegensatz zum Kokain — in Deutschland nicht solchen Umfang, daß die Apotheke nicht wenigstens als gelegentliche Beschaffungsquelle hinzukam. Mißstände in einigen Städten, besonders in Berlin und Hamburg (Heroin), dürfen nicht verallgemeinert werden. Das ergibt sich eindeutig aus den Erfahrungen der Behörden, die übrigens über den Schmuggelhandel in Deutschland besser orientiert sind als in der Ärzteschaft bekannt ist. Einzelheiten darüber müssen einer ausführlichen Publikation vorbehalten bleiben, obwohl es gerade im Hinblick auf die neue Verordnung wichtig ist zu wissen, daß auf außerärztlichem Gebiet hinreichend Vorsorge getroffen ist, die Durchführbarkeit der Verordnung zu gewährleisten.

Die Statistik kann nicht angelegt werden ohne Gruppierung der Fälle nach der täglichen Verbrauchsmenge. Der Krankheitsbegriff »Morphinismus« gestattet keine exakte Abgrenzung nach der Dosengröße. Die Abgrenzung wird erleichtert durch den weiter gefaßten Begriff des chronischen Opiatmißbrauches, wenn man unter diesen ein regelmäßiges, langdauerndes Überschreiten der maximalen Tagesdosis von 0,1 g versteht. Die Grenze ist eher zu tief als zu hoch gelegt. Für den Begriff des Morphinismus trifft dies noch mehr zu.

Die Rezeptsammlung enthält 3500 Verbraucher von mehr als 0,1 pro die. Mithin entfallen auf 10000 der Bevölkerung 0,56, bei Berücksichtigung der erwähnten Fehler etwa 0,7, auf Personen über 20 Jahre gerechnet etwa 1. Diese Ziffer wird manchen durch ihre Kleinheit überraschen. Zweifellos wird im allgemeinen die Krankheitshäufigkeit zu hoch geschätzt, da der einzelne Morphinist sehr viel mehr als andere Kranke mit den verschiedensten Personen, die im Gesundheitsdienst stehen, in Berührung kommt. — Die relativ große Zahl der Verbraucher über 0,1—0,2 pro die ist beachtenswert (1276 unter 3500 = 37% aller Mißbraucher). Diese Gruppe bekommt der Kliniker seltener zu Gesicht als der praktische Arzt, so daß sie im Gegensatz zu den Verbrauchern höherer Dosen bisher unterschätzt wurde. Die Seltenheit extrem hoher Tagesdosen, solcher über 2 g, stimmt mit den klinischen Erfahrungen überein, ebenso der geringe Anteil der Frauen an diesen Höchstdosen. — Die Verteilung nach dem Geschlecht ergibt für Männer eine Krankheitshäufigkeit von $0{,}69^0/_{000}$, für Frauen von 0,46. Die Differenz ist nicht so groß, daß man den Kriegsverletzungen und Kriegserkrankungen einen erheblichen Einfluß auf die Krankheitshäufigkeit an chronischem Opiatmißbrauch zusprechen kann. Überdies er-

Digitized by Google

klärt sich die Differenz nur zum Teil durch Kriegsbeschädigte und in der Hauptsache durch den großen Anteil des Ärztestandes am Opiatmißbrauch. Daß die Differenz zwischen Männer und Frauen nicht größer ist, spricht für die große Bedeutung der endogenen Faktoren am Zustandekommen der Sucht. *Bonhoeffer* belegt das durch die gleich starke Zunahme des Morphinismus bei beiden Geschlechtern in der Nachkriegszeit. — Die Krankheitshäufigkeit auf den Ärztestand bezogen, beträgt für Ärzte und Zahnärzte etwa $100^0/_{000}$, also mehr als das Hundertfache der erwachsenen Gesamtbevölkerung. Auf etwa 100 Ärzte entfällt also ein morphinistischer Arzt. Dieser bedauerlich große Unterschied zwischen Ärzten und Nichtärzten tritt noch stärker hervor, wenn man den hohen Prozentsatz der ersteren unter den Verbrauchern großer Tagesdosen und am Morphio-Kokainismus berücksichtigt. Kurioserweise sind unter 523 Ärzten 5 Homöopathen. — Die Krankheitshäufigkeit nach Ortsgrößenklassen ergibt für Gemeinden mit 20000—100000 Einwohner etwa den Durchschnitt ($0{,}56^0/_{000}$, dagegen etwa $1^0/_{000}$ für Großstädte und nur etwa 0,3 für Gemeinden unter 20000). Das Überwiegen der Großstädte tritt also deutlich hervor und drückt sich besonders in den Ziffern für Berlin, Hamburg und München aus, die sämtlich 1 überschreiten. Die psychopathologischen Erfahrungen der Klinik lassen das erwarten und erklären auch, daß innerhalb Berlins die westlichen Vororte eine besonders hohe Krankheitsziffer aufweisen. Der Kliniker wird dies mit regionalen Besonderheiten in der Bevölkerungsstruktur zusammenbringen. Die relativ niedrige Bestandsziffer für Spandau innerhalb Berlins wird man durch Überwiegen der Arbeiterbevölkerung erklären. Das gleiche trifft für andere geographische Bezirke mit vorwiegender Arbeiter- und Großstadtbevölkerung zu, z. B. für das Rheinisch-Westfälische Industriegebiet und die Kreishauptmannschaft Chemnitz. Es ist also nicht die Großstadt an sich, die den Mißbrauch fördert. So zeigt der Neckarkreis trotz Stuttgart, wie übrigens ganz Württemberg, eine sehr niedrige Bestandsziffer. Von Verwaltungsbezirken mit ausgesprochener Landbevölkerung fallen durch kleine Ziffern u. a. die Regierungsbezirke Gumbinnen, Allenstein, Lüneburg, Stade, Oldenburg und Niederbayern auf. — Auch in ländlichen Bezirken wurde nicht selten ein regional eng umgrenztes, gehäuftes Auftreten von Verbrauchern großer Opiatmengen festgestellt. Solche Nesterbildungen erklären sich zweifellos aus der Neigung der Morphinisten, Proselyten zu machen, wobei morphinistische Ärzte recht oft beteiligt sind. In Zusammenhang damit ist von besonderer Bedeutung, daß die Krankheitshäufigkeit der Ärzte, ganz im Gegensatz zu den Nichtärzten, in ländlichen Bezirken nicht kleiner ist als in den Großstädten. —

Bei der Verteilung der Opiate nach der Art des Präparates überwiegt, in voller Übereinstimmung mit der Klinik, der Verbrauch von Morphin hydrochl. Pantopon, Opium, Eumecon, Heroin und Trivalin folgen erst in weitem Abstand. Heroin und Trivalin kommen in mehreren geographischen Bezirken in einem Umfang, daß man von chronischem Mißbrauch sprechen kann, gar nicht vor, relativ oft dagegen in Berlin und Hamburg.

Die für Abusus aus den Apotheken Deutschlands abgegebene Gesamtmenge an Opiaten beträgt für das erste Halbjahr 1928 240 kg Morphin hydrochl., die einzelnen Präparate auf Morphin hydrochl. umgerechnet. Dieser Umsatz liegt unterhalb der wirklichen Menge, die zu Opiatmißbrauch verwendet wurde. Es fehlen die illegalen Mengen und die Opiate, die 1928

Digitized by Google

dem Gesetz nicht unterstellt waren. Die Fehlergröße wird man auf 20 bis 30% schätzen.

Die neue Verordnung bekämpft Mißstände, die den Opiummißbrauch unterstützen oder ihn entstehen lassen können. Das Verschreiben und die Abgabe von Opiaten soll im wesentlichen nur dann erschwert werden, wenn es sich um Abusus handelt. Die geringe Krankheitshäufigkeit von chronischem Opiatmißbrauch bringt die Mehrzahl der Ärzte gar nicht in die Lage, die Erschwerungen, welche die neue Verordnung für das Verschreiben großer Mengen vorsieht, in der Praxis sonderlich zu empfinden.

Die neue Verordnung ist durchaus zu begrüßen. Sie wird vor allem prophylaktisch wirken und den Erfolg haben, daß die Opiatsuchten in Deutschland allmählich wieder ein so seltenes Leiden werden wie vor dem Kriege. (Erscheint ausführlich bei S. Karger, Berlin, 1931.)

v. Braunmühl-Eglfing: Neue Gesichtspunkte zum Problem der senilen Plaques.

Die Frage nach dem Wesen der senilen Plaques gehört zu einem der interessantesten Probleme der Histopathologie des Zentralnervensystems. Sie gewinnt besonderes Interesse, da klinische Fragestellungen eng damit verknüpft sind. Spricht man von Plaques, so faßt man unter diesem Sammelnamen recht wechselnde Formbilder zusammen: die Plaque im eigentlichen Sinne des Wortes, also die Druse mit ihrem Kern, Hof und Kranz, fernerhin die Fädchenherde oder jene besonderen und seltenen Formen, die Primitivplaques. Letztere können mit der *Braunmühl*schen Silbermethode klar dargestellt werden. Die Frage, aus was diese wechselnden Plaquesstrukturen bestehen, wird außerordentlich wechselnd beantwortet, und es fehlt nicht an unkritischen Auffassungen. Nach unseren Erfahrungen darf man mit Bestimmtheit sagen: Genetische Beziehungen von Ganglien- oder Gliaelementen zu Drusen der verschiedenartigsten Bauart bestehen nicht. Treten jene nervösen oder gliösen Elemente primär in Beziehung zu Plaques, so nur durch ihre von vornherein gegebene Topographie. Mit anderen Worten: Überall dort, wo Ganglien- oder Gliazellen aus rein lagemäßigen Gründen in den Bereich jener Ablagerungen — wie wir einmal sagen wollen — zu liegen kommen, werden sie in die Plaque eingebaut, werden argentophil. Zu diesem Schluß führt ein genaues Studium der Silberpräparate. Andere Autoren, wie *Creutzfeldt* und *Metz* und *Struwe*, die mit andersartigen Silbermethoden gearbeitet haben, vertreten im Prinzip die gleiche Anschauung. Andere Untersucher machen allerdings nervöse Elemente, insbesondere die mannigfachen gliösen Strukturen, für die Genese der Plaques verantwortlich. — Wenn man behauptet, Drusen seien Ablagerungen im Gewebe, so hat man das zu beweisen. Weil dieser Beweis eben bislang nicht geführt wurde, konnten sich so abweichende Anschauungen bilden. Eine direkte Beweisführung ist nun leider nicht möglich; man kann bislang Plaques nicht experimentell hervorrufen. Dagegen gelingt die Beweisführung auf indirektem Wege. Die Frage lautet: Erklärt sich das Bild der so eigentümlich gebauten Druse mit ihrem Kern, Hof und Kranz aus einem Ablagerungsvorgang? Da man diese Frage mit rein morphologischen Methoden nicht lösen kann, wurde ein Modellversuch ausgearbeitet. Läßt man eine alte 10proz. Kupfersulfatlösung aus verschieden kalibrigen Pipetten und aus wechselnder Höhe in eine 10proz.

Digitized by Google

Lösung von gelbem Blutlaugensalz fallen, so erhält man Fällungsfiguren. Bei großer Übung gelingt es, Strukturen darzustellen, die Plaques durchaus gleichen. — Dieser Modellversuch will gar nichts anderes als beweisen, daß sich die spezielle Strukturform der Plaques, insbesondere der Druse mit ihrem Kern, Hof und Kranz, aus einem bei ihrer Entstehung ablaufenden Fällungsvorgang herleitet. An Hand dieses nach verschiedenen Prinzipien modifizierten Modellversuches lassen sich auch eine Vielzahl strittiger Fragen aus dem Problemkreis der senilen Plaques klären. Unter anderem halten wir bei der Druse s. str. die Bildung des Kerns für das Primäre; kommt es, wie gewöhnlich, zur Bildung von Hof und Kranz, so sind das Gestaltungsphänomene, die einem ganz bestimmten Fällungsvorgang von vornherein innewohnen. Wir glauben nicht an ein »Wachstum« der Drusen, also nicht an ein Auseinander, sondern nur an ein Neben- bzw. Nacheinander der einzelnen Formationen. Aus Gründen, die hier nicht zu erörtern sind, halten wir dafür, daß Plaques sich schubartig ausbilden und über ein Gehirn mehrere Drusenschübe hinweggehen können. — Jene vielbesprochenen Verdichtungen des Grundgewebes, die von manchen Autoren als Anfänger der Plaques gedeutet werden, sind unseres Erachtens schon sekundäre Veränderungen. Sie leiten sich davon her, daß Fällungen in die Maschen des Grundgewebes erfolgen, wobei sich das an Menge geringe Fällungsprodukt durch Oberflächenwirkung an die Maschenzüge des Grundgewebsnetzes anlagert (im Modellversuch kann das hübsch analysiert werden, wenn man ein Stoffnetz [Stramin] mit gelber Blutlaugensalzlösung tränkt und in die Netzmaschen mit $CuSO_4$ fällt). Wenn wir so den Beweis geführt haben, daß bei der Plaquebildung Fällungen eine Rolle spielen, so wissen wir doch immer noch nicht, »was« gefällt wird. Von einem gewebsfremden Stoff zu sprechen, scheint doch wohl nicht richtig. Es ist heuristisch vielleicht wertvoll, das alternde Gehirn mit spontan alternden, d. h. sich verdichtenden Kolloiden zu vergleichen. Solche alternde Kolloide — hier die Hirnmaterie — verlieren in individuell sehr wechselndem Maße die Fähigkeit, andere kolloidale Stoffe, also auch Stoffwechselschlacken, in Lösung zu halten. Diese fallen dann bei einer bestimmten Konzentration aus. Laufen solche Verdichtungsvorgänge des alternden Kolloidsystems aus anlagemäßigen Gründen fehl ab, so mögen sich Fällungsvorgänge bei vermehrt auftretenden Schlacken häufen. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form mit Abbildungen von Plaques und Fällungsbildern in der Z. Neur. 133, Heft 3/4.)

Schulte-Berlin: Endokrine Grundlagen paranoider Krankheitszustände.

In allen Untersuchungen, die sich seit *Kraepelin* mit dem Gebiet der paranoiden bzw. paraphrenen Zustände, Verläufe usw. befassen — sei es von klinisch-nosologischer, sei es von pathopsychologischer oder erbbiologischer Seite aus — wird den »auffallend häufigen Störungen im Bereich des Sexualtriebes« eine teils akzidentelle, teils bedeutsame Rolle zuerkannt. Im letzten Falle, in dem man also irgendwelche ursächlichen Beziehungen zwischen anomalen Triebäußerungen und paranoischem Mechanismus supponiert, differieren aber die Autoren — je nach ihrer prinzipiellen Betrachtungsweise des Paranoiaproblems — in der Auffassung, ob es sich hier um psychologische (Extrembeispiel die

Digitized by Google

psychoanalytische Schule, orientiert an *Freuds* Fall Schreber) oder endokrinologische Beziehungen (Beispiel etwa *Langes* Theorie) handelt. Von dem Gesichtspunkt aus, daß das Gebiet der menschlichen Sexualität für die Gegenüberstellung psychischer und physischer Verläufe eine Sonderrolle darstellt, indem hier nämlich ein psycho-physischer Korrelativismus anzunehmen ist *(Kauders)*, läßt sich zwischen jenem schroffen Entweder-Oder vermitteln.

Ein Eindringen in den Sachverhalt wird aber nur durch die Analyse einzelner Erfahrungstatbestände möglich sein. Es werden daher erstens, unter Außerachtlassung nosologischer Gesichtspunkte, einzelne klinische Typen aufgezählt: zu den paranoiden Bildern, bei denen ein spezifisches dispositionelles Moment *(Kehrer)* angenommen werden muß, tritt die nach *Langes* Auffassung erworbene paranoische Bereitschaft bei manchen exogenen Krankheitszuständen, z. B. der Encephalitis epid. Verf. führt weiter gewisse — seltene — Einzelbeobachtungen an: atypisch verlaufenden Paralysen nach Malariabehandlung, bei denen Halluzinationen gegenüber Beziehungsideen ganz zurück — und verschiedene endokrine Störungen, vor allem Fettsucht, hervortreten, und macht weiter darauf aufmerksam, daß man von den Schizophrenien mit Lues congenita aus vielleicht in diesem ganzen Fragenkreis wird weiterkommen können, da hier einmal paranoide bzw. paranoid-halluzinatorische Bilder bevorzugt zu sein scheinen, andrerseits eine endokrine Stigmatisierung häufig ist, die ja bei der bekannten Elektivität der congenitalen Lues zum Blutdrüsensystem (speziell Hypophyse) nicht wunder nimmt. — Zweitens wird vorgeschlagen, in das so wenig einsichtige Gebiet der »Sexualtriebstörungen« vom Spezialfall der Homosexualität aus einzudringen, der ja phänomenologisch und auch anthropologisch am besten untersucht ist. — Drittens scheint es angezeigt, die physiologische Untersuchung nicht auf sämtliche endokrinen Systeme bzw. ihre zentrale Repräsentanz auszudehnen, sondern auf das System Zwischenhirn-Hypophyse-Genitalapparat zu beschränken und hier vor allem die in den letzten Jahren erschlossenen Hormonuntersuchungen durchzuführen. Deren Ergebnisse werden natürlich erst bei ausgedehnten Vergleichsuntersuchungen der verschiedenen Hormonarten und bei verschiedenen Krankheitszuständen auszuwerten sein.

Falls, wofür bisher vor allem die klinischen Tatsachen zu sprechen scheinen, zwischen Beziehungswahnbereitschaft und spezifischen Störungen des Hypophysensystems eine gesetzmäßige ursächliche Beziehung sich durch physiologisch-hormonale Untersuchungen feststellen läßt, so ergeben sich — analog dem Verhältnis: manisch-depressives Syndrom — Thyreoidsystem — entscheidende Belege für die Herausstellung eines »paranoischen Syndroms« im Sinne *Langes* und damit auch für sehr allgemeine klinische Folgerungen.

Kramer und *Pollnow*-Berlin: Symptomenbild und Verlauf einer hyperkinetischen Erkrankung im Kindesalter.

Es soll auf ein im Kindesalter vorkommendes Krankheitsbild aufmerksam gemacht werden, das zwar nicht selten, aber bisher in seiner Eigenart noch nicht ausreichend dargestellt worden ist. Das Symptomenbild wird vor allem durch eine erhebliche Bewegungsunruhe charakterisiert. In der Literatur wird es teils als agile Idiotie, teils als erethische Imbezillität

Digitized by Google

behandelt, teils bei den motorischen Anomalien der Psychopathen, gelegentlich bei den psychischen Störungen der Epilepsie. Man wird aber diesem Symptomenkomplex nur gerecht, wenn man ihn als ein Krankheitsbild eigener Prägung auffaßt, zumal auch in den letzten Jahren durchgeführte Nachuntersuchungen zeigten, daß die Fälle durch bestimmte gemeinsame Characteristica des Verlaufes gekennzeichnet sind.

Das führende Symptom der Störung ist eine elementar und dranghaft wirkende motorische Unruhe, die durch eine ausgesprochene lokomotorische Tendenz und durch einen deutlichen Mangel an Zielgerichtetheit auffällt. Sie sucht sich an jedem Objekt, das sich als momentaner Reiz bietet, auszuleben und bekommt dadurch einen plan- und wahllosen Charakter. Die Kinder stehen keinen Augenblick still, sind bestrebt, sich jedem Fixiertwerden zu entziehen, lehnen sich mit Heftigkeit gegen jeden Widerstand auf, der sie daran hindert, ihren motorischen Impulsen nachzugehen. Wenn man sie losläßt, so laufen und klettern sie ziellos im Raume umher und fassen flüchtig und zwecklos Möbel und andere Gegenstände an, die in ihren Weg kommen. Sie bevorzugen Dinge, an denen sie rasch einen Effekt auslösen können. Lichtschalter, Türdrücker, Wasserhähne, Klingeln. Ihre Unternehmungen gehen aus flüchtigen Impulsen hervor, werden immer nur von momentanen Umweltreizen bestimmt und zeigen einen erheblichen Mangel an Ausdauer und Konzentration. Dieser Bewegungsdrang der hyperkinetisch Erkrankten ist durchaus verschieden von dem geordneteren, zielgerichteteren, sinnvolleren Betätigungsdrang der hyperthymischen Kinder.

Zu den Hauptsymptomen der Erkrankung gehört ferner eine sehr gesteigerte Ablenkbarkeit. Dadurch können diese Kinder auch zu keinem systematischen Spiel kommen. Ihr Spielzeug bedeutet für sie meist nur ein Material, an dem sich motorische Impulse auswirken können. Wenn auch ihr Gesamtverhalten planlos ist, so besteht doch wiederum eine Tendenz zur rhythmischen Formung der Bewegungen und zu einem länger dauernden, bisweilen stereotyp wirkenden Verharren darin. Gegen Störungen wehren sie sich mit negativistischem Widerstand, wie ihnen überhaupt oft negativistische Züge eignen.

Die Bewegungsunruhe dauert meist den ganzen Tag, beeinträchtigt aber — im Gegensatz zur Encephalitis epidemica — den Nachtschlaf in der Regel nicht.

Die Sprachentwicklung ist meist sehr verzögert. Artikulation und Sprachschatz bleiben lange unzulänglich. Erheblich rascher als die motorische Sprache reift das Sprachverständnis aus. Die erkrankten Kinder wirken fast immer schwachsinnig. Negativismus und mangelnde Fixierbarkeit erschweren die Intelligenzprüfung enorm. Das spontane praktische Verhalten zeigt oft unerwartet gute Intelligenzleistungen.

In körperlicher Hinsicht fand sich bei einigen Fällen vermehrter Speichelfluß, einige Male ergab die Lumbalpunktion eine leichte bis mittlere Zellvermehrung. Unter 40 Fällen unseres Gesamtmaterials fanden sich 15mal epileptische Symptome, teils Anfälle, teils Absenzen.

Die Untersuchungen über den Verlauf der Erkrankungen ergaben, daß es sich um eine phasenhafte Störung handelt, die sich über mehrere Lebensjahre der kindlichen Entwicklung erstreckt, ihr Maximum um das sechste Jahr zu erreichen pflegt und gegen das achte Lebensjahr herum

Digitized by Google

allmählich wieder abklingt. Bisweilen tritt die Unruhe im Anschluß an fieberhafte Erkrankungen auf, sehr häufig fällt ihr Beginn mit dem Auftreten von epileptischen Symptomen zusammen.

Von 40 Fällen des Gesamtmaterials wurden 19 nachuntersucht. Es ergab sich fast durchgängig, daß die Unruhe niemals über das achte Jahr hinaus anhält; nur in vereinzelten Fällen bleibt eine gewisse motorische Instabilität zurück. Gleichzeitig mit dem Zurückgehen der motorischen Unruhe bessern sich auch die Intelligenzleistungen. Nur bei 3 von 18 in ihren Verläufen beobachteten Fällen blieben gröbere Defekte zurück; bei 5 Fällen zeigte sich eine Besserung der intellektuellen Leistungen, wenn auch eine deutliche Dürftigkeit fortbestand; bei 7 Fällen war die Besserung so erheblich, daß sie in intellektueller Hinsicht nur noch wenig oder gar nicht hinter der Norm zurückstanden und dann sogar in der Normalschule mitkamen. Bei 4 Fällen ist die beobachtete Verlaufszeit noch zu kurz, um ein endgültiges Urteil über den Ausgang der intellektuellen Entwicklung zu fällen. Jedenfalls ist eine Besserung zu verzeichnen. In der Regel setzt gleichzeitig mit der motorischen Beruhigung auch ein schneller Fortschritt der Sprachentwicklung ein.

Die Eigenart des Verlaufs und besonders auch die häufige Kombination mit epileptischen Anfällen — wir fanden sie bei nahezu 40% — läßt an einen exogenen organischen Prozeß denken. Damit stimmt überein, daß bei einem eineiigen Zwillingspaar nur einer der Zwillinge an dieser phasenhaft verlaufenden hyperkinetischen Störung erkrankt war. Für die exogene und organische Natur spricht auch die Beobachtung, daß das Bild der Bewegungsunruhe und die epileptischen Anfälle öfters im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung auftreten.

Bei einem dieser Kinder, das durch einen Sturz aus dem Fenster tödlich verunglückte, konnte ein anatomischer Befund durch Herrn *Creutzfeldt* erhoben werden. Die histologische Untersuchung ergab chronisch-entzündliche Veränderungen im Hirnstamm, insbesondere Infiltrate um die Gefäße des Zwischenhirns und der Mittelhirnbasis. Um die dritte und vierte Hirnkammer und um die *Sylvius*sche Wasserleitung bestand eine sehr dichte subependymäre Gliafaserwucherung. An den Gefäßen der Substantia nigra sah man außer den Rundzellen Fettkörnchenzellen. Die Nervenzellen zeigten hier degenerative Veränderungen und Zerfallserscheinungen. Der anatomische Befund entspricht einer chronischen Enzephalitis. Wenn auch aus einem einzelnen Falle noch keine sicheren Schlüsse auf das Gesamtmaterial zu ziehen sind, so ist doch diese Beobachtung eine Bestätigung der Annahme eines organischen Hirnprozesses. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob es sich in allen Fällen um derartige enzephalitische Prozesse handelt. Trotz einer gewissen Übereinstimmung des histopathologischen Bildes mit der chronischen epidemischen Enzephalitis ist aber eine Beziehung der hyperkinetischen Erkrankung, die wir beschrieben haben, zur Encephalitis epidemica unwahrscheinlich: eine Entwicklung zum Parkinsonismus hin haben wir nie gesehen, Schlafstörungen bestehen in der Regel nicht, außerdem konnte der eine von uns (*K.*) derartige Fälle schon lange Jahre vor dem Auftreten der epidemischen Enzephalitis beobachten.

Digitized by Google

Aussprache: *Wilmanns*-Heidelberg.

Zwirner-Berlin-Buch: Psychopathologie und Phonetik.

Jedes psychiatrische Zustandsbild hat einen Bezug auf Sprache oder sprachähnliche Äußerungen. Für eine Übertragung phonetischer Methoden auf die Psychiatrie zum Zweck der Beschreibung sprachlicher Ausdrucksformen sind folgende Forderungen zu erfüllen: die sprachlichen Äußerungen müssen fixiert werden; eine solche Fixierung muß ohne Wissen der Patienten erfolgen; es dürfen nicht nur die Äußerungen der Kranken, sondern es muß die ganze Exploration aufgenommen werden, die nur in ihrer Gesamtheit der Träger der psychologischen Situation ist; die Fixierung muß in einer reproduzierbaren, wieder abhörbaren Form erfolgen; zur schriftlichen Festlegung des Textes dürfen nicht die Zeichen der orthographischen Schrift benutzt werden, sondern es muß eine phonetische Transkription hergestellt werden; die reproduzierbaren Fixierungen sind in Kurven umzuwandeln, welche für die Lautstärken- und Tonhöhenbewegung, sowie für die Quantitätsverhältnisse ausgewertet und den phonetischen Transkriptionen zugeordnet werden können.

Diese Forderungen wurden erfüllt bei der phonetischen Beschreibung der Spontansprache eines aphasischen bzw. paraphasischen Patienten. Von einer Exploration mit dem Kranken wurde ohne sein Wissen eine Tonfilmaufnahme und von dieser eine Schallplatte hergestellt, welche zusammen mit Dr. *Ketterer* transkribiert wurde. Neben plattdeutschen Resten finden sich eine Reihe von Konsonanten- und Vokalneubildungen sowie atypische Konsonantendehnungen. Ferner besteht eine gewisse Tendenz zu Artikulationsvergröberungen. Hinsichtlich des Rhythmus der Betonung ist zu unterscheiden eine Wort-(Kadenz-)betonung von der Satz-(Phrasen-)betonung. Nur die erstere ist gestört, während die letztere erhalten ist und z. B. das charakteristische Decrescendo am Phrasenende aufweist. Dementsprechend sind auch erhalten die den Phrasen zugeordnete Sprachmelodie, sowie die Mimik des Patienten. Störungen liegen also vor auf dem Gebiet der traditionsbedingten Kadenzartikulation und Kadenzbetonung, während so gut wie unberührt geblieben sind die psychologisch bedingte Phrasenbetonung, Phrasenmelodie und Mimik.

Harald Siebert (Libau-Lettland): Über das Schicksal der Alkoholdeliranten.

Vortr. berichtet als Leiter eines städtischen psychiatrischen Instituts über seine Erfahrungen mit Alkoholdeliranten im Verlauf der letzten 25 Jahre. Er erwähnt die Schwierigkeiten, die sich gerade beim Versuch, Delirantenkatamnesen zu erheben, meistenteils ergeben. Für die Entstehung des Delirs muß auch heute noch, trotz aller andersartigen Theorien, einzig und allein der fortgesetzte, übermäßige Alkoholgenuß angesprochen werden. Je konzentrierter die Form des Alkohols, je unmäßiger die Form der Aufnahme, desto eher wird die Entstehung der Psychose gewährleistet. Weitgehend unterstützend wirkt auf die Entstehung ein das Fehlen kompakter Nahrung. Im Beobachtungskreis des Vortr. — dem Freistaat Lettland, speziell der Seestadt Libau — stößt das Verfolgen des Schicksals ehemaliger Deliranten aus drei Gründen auf große Schwierigkeiten: Registratur und Statistik sind ungenügend, der Krieg hat die Spuren vieler verwischt, durch

Digitized by Google

Aufsplitterung der Staatsmasse des ehemaligen Rußland sind viele Abwanderungen nach einzelnen Randrepubliken zustande gekommen.

Die Beobachtungsdauer erstreckt sich von 1906 bis einschl. 1930. Dabei sind wiederholte Aufnahmen in den zu erwähnenden Zahlenreihen nicht eingeschlossen worden.

Von insgesamt 6061 Aufnahmen waren 401 Alkoholdeliranten (6.5%), hingegen von 1906 bis 1914 bei 1900 Aufnahmen 353 Deliranten (18%), während von 1915 bis 1930 bei Vergrößerung des Instituts bei 4161 Neuaufnahmen 48 Deliranten (1.15%) behandelt wurden. Von der Gesamtziffer entfallen 87 Fälle auf das weibliche Geschlecht, dabei sind seit 1915 bloß zwei Frauen aufgenommen worden.

In der Anstalt sind im ganzen 22 Deliranten verstorben an den üblichen dieses Leiden komplizierenden Störungen. Über den Tod außerhalb sind in 49 Fällen genaue Angaben zu erzielen gewesen, in sieben lag ein Suizid vor.

Für die Verringerung der Delirienzahl ist von der allergrößten Bedeutung der Umstand, daß der Alkohol nicht mehr ein so wohlfeiles Objekt ist, wie zur Zeit des russischen Branntweinmonopols. Beim einzelnen Kranken wird sich das Quantum täglich genossenen Alkohols nie genau feststellen lassen. Der Genuß von 5 und mehr Litern Schnaps spielte jedenfalls keine ungewöhnliche Rolle. Hafenarbeiter und Sackträger, Prostituierte, Musikanten, Kellner, Gastwirte, Viehhändler stellten diejenigen Berufe dar, welche am meisten am Delirium erkrankten, während die besseren Stände in kaum nennenswerter Weise vertreten waren, wobei es sich stets um schwer belastete Persönlichkeiten handelte.

Das erste Rezidiv bei fortgesetztem Abusus erfolgte überaus selten in kurzer Zeit. 12 mal erfolgten innerhalb von 11 Jahren Aufnahmen bei einem Mann; ferner sind sieben- und wenigermalige Aufnahmen erfolgt, hierunter 19 dreimalige, die zweimaligen sind bedeutend geringer.

Im ganzen bestehen zurzeit Ausgaben über 107 lebende Personen: 21 Frauen, 86 Männer. Die Frauen leben bis auf eine in geregelten Familienverhältnissen, von den Männern 69 desgleichen. Das Alter liegt zwischen 27 und 72 Jahren. Völlig alkoholabstinent leben 12 Frauen und 21 Männer; von bloß 2 Männern ist bekannt, daß sie unmäßig trinken.

Das Schicksal vieler bleibt in Dunkel gehüllt, da Krieg und politische Umwälzungen sie verschwinden ließen.

Vortr. stellt eine Reihe von Leitsätzen auf, die aus dem oben Erwähnten resultieren, wobei neben dem Fortfall eines leichten Verdienstes (Hafenarbeit, Sacktragen usw.) durch Fehlen des Schiffsverkehrs auch der Verbreitung der Sportvereine Bedeutung beizumessen ist. (Ausführl. in psych.-neur. Wchschr.)

Guttmann-München: Zeitsinnstörungen bei Hirnkranken.

Nach einem kurzen Überblick über die Bedeutung des Zeitproblems für die Psychiatrie berichtet Vortragender über einen in der Heilung begriffenen Korsakow-Kranken, der spontan über Zeitsinnstörungen klagte. Zu der Zeit, als er diese Klagen vorbrachte, bestanden noch ein ausgesprochener Takt- und Hemmungsdefekt, eine deutliche Merkstörung und schließlich eine wurstig-euphorische Stimmungslage mit sehr geringem Krankheitsgefühl. Schon früher war aufgefallen, daß er vergangene Zeiträume überschätzte. Später klagte er nun: »Ich bin nicht imstande, die

Digitized by Google

Zeiträume abzuschätzen. Ich kann nicht sagen, ob ich einen Tag, oder drei Tage oder drei Monate hier bin. Wenn man immer im gleichen Raum ist, merkt man nichts. Man merkt nur, daß die Zeit vergeht, wenn es finster oder hell wird. Ich habe keinen Sinn mehr für die Zeit, weil ich immer im gleichen Raum bin. Wenn mir einer sagt, daß seit dem letzten Zusammensein ein Tag vergangen ist oder auch mehr, muß ich das glauben, weil ich keinen Sinn mehr dafür habe.« Die Störung läßt sich offenbar schon deshalb nicht rein auf die euphorische Stimmungslage des Kranken zurückführen, weil er selbst sie als unangenehm empfindet und darüber klagt. Es scheint näherliegend, die Veränderungen des Zeiterlebens mit den Veränderungen der Spontaneität in Beziehung zu setzen, die bei dem Kranken, wie bei vielen Korsakow-Fällen als Restsymptome bestehen zu bleiben scheinen. Auf die Zusammenhänge von innerem Antrieb und Zeiterleben haben schon verschiedene Autoren hingewiesen. Interessant ist, daß der untersuchte Kranke bei Zeitschätzungsversuchen nach der Methode von *Schulz* (fortlaufende Zeitschätzung) im Laufe der Versuche nicht kürzere Zeiten angab, wie Normale das zu tun pflegen, sondern, daß bei ihm die Zeiten gewöhnlich um ein Geringeres länger wurden. Auch dies kann wohl nur auf einen geringen inneren Antrieb bezogen werden. Ohne das gesamte Korsakowsche Syndrom unter dem Gesichtspunkt des Zeiterlebens darstellen zu wollen, glaubt Vortragender unter den zeitbezogenen Störungen wenigstens zwei Elemente isolieren zu können, wie *Ehrenwald* schon hervorgehoben hat. Das eine ist die Störung der zeitlichen Perspektive, das andere die Störung des Zeitschätzens, die entweder als Leistungsstörung nur durch Untersuchung nachweisbar sein, oder als Störung des Zeiterlebens vorgebracht werden kann. Ob die letzten beiden Varianten identisch sind, ist fraglich. Es könnte sein, daß es sich um die gleiche Störung handelt, die das eine Mal wahrgenommen wird, das andere Mal nicht. An Hand der Gegenüberstellung von *Ehrenwald*s Fall und dem vorgetragenen läßt sich auch eine Theorie entwickeln, daß die gleiche Funktionsstörung das eine Mal sich mehr im Sensorischen, das andere Mal mehr im Motorischen abspielt. Zu dieser Vorstellung paßt die Tatsache, daß bei dem geschilderten Fall, wie auch sonst bei Störungen des Motoriums im weitesten Sinne der Defekt wahrgenommen wird, in jenem anderen nicht.

Aussprache: *Jossmann*-Berlin: Den Ausführungen des Vortr. bezüglich der Struktur der Störungen des Zeiterlebens wird voll beigepflichtet; verwiesen wird auf die Demonstration eines Falles von Blickkrämpfen (Zentralbl. f. d. ges. N. u. P., Bd. 57).

Alexandra Adler-Wien: Unfallshäufung und ihre persönliche Bedingtheit.

Unter den manuellen Arbeitern gibt es bekanntlich eine Gruppe, die von gehäuften Betriebsunfällen heimgesucht wird. *Marbe* hat diese Gruppe statistisch erfaßt und nachgewiesen, daß für einen Menschen die Wahrscheinlichkeit, einen Betriebsunfall zu erleiden, um so größer ist, je mehr Unfälle er schon früher erlitten hat; er besitzt eine »zum Erleiden von Unfällen disponierte Persönlichkeit.« Um näheren Einblick in das Wesen dieser Persönlichkeit zu bekommen, wurden 100 Arbeiter der Wiener Arbeiter-Unfalls-Versicherungs-Anstalt, die durchschnittlich fünf Betriebs-

Digitized by Google

unfälle erlitten hatten, einer eingehenden Untersuchung unterzogen, in deren Verlauf es auffiel, daß jeder einzelne der 100 untersuchten Fälle deutlich eine von der Norm abweichende Persönlichkeit aufwies.

Eine ursächliche Beziehung zwischen diesen oft eigenartigen neurotischen Zügen und der erhöhten Unfallsaffinität erschien einleuchtend, um so mehr als diese Kennzeichen im Einzelfalle schon von Kindheit an zu verfolgen waren und bei keinem der unfallsfreien Arbeiter, die zur Kontrolle einer ganz analogen Untersuchung unterzogen wurden, vorgefunden werden konnten. — Es kam zur Bildung von 7 Typen, deren psychische Eigenart das gehäufte Auftreten von Unfällen verständlich macht.

Bei der psychotechnischen Prüfung unterschieden sich die Untersuchungsresultate der Unfäller und Nichtunfäller nicht wesentlich voneinander, was wieder beweist, daß es bei Unfallshäufung nicht so sehr auf das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter psychologischer Merkmale ankommt, sondern vielmehr auf den Grad ihrer Bereitstellung in den Dienst einer bestimmten Arbeit.

Aus den Untersuchungen ergibt sich, daß Unfallshäufung nicht als eine isolierte Erscheinung aufzufassen ist, sondern sich sinnvoll in den ganzen Persönlichkeitsaufbau einfügt. (Ausführliche Veröffentlichung im »Archiv für Gewerbepathologie und Gewerbehygiene.«)

Krisch-Greifswald: Die Interpretation schizophrener Denk- und Sprachstörungen als Funktionsabbau.

1925 wurde vom Vortr. in Kassel gezeigt, daß man die exogenen Reaktionstypen nur selten bei den Schizophrenien finde. Man bekomme zwar mancherlei Hinweise auf die organische Natur der Schizophrenien, aber das Grundsymptom der Bewußtseinstrübung sei einmal bei den Schizophrenien selten und entstelle andererseits die Symptome, die man sonst, wenn keine Bewußtseinsstörung da wäre, typisch schizophren nennen würde.

1930 in Stuttgart[1]) hat daher Vortr. darauf hingewiesen, daß man, um von den exogenen Reaktionstypen aus zu einer psychiatrischen Syndromen-Lehre auf biologischer Basis zu kommen, die Syndrome bei noch leichterer Hirnschädigung untersuchen müsse, als es bei den exogenen Reaktionstypen der Fall sei[2]). Auf diese Weise würden eine größere Anzahl schizophrener Symptome als Ausdruck einer leichten organischen Hirnschädigung erklärbar. Fordern müsse man, daß bei dem Vergleiche zwischen Schizophrenien und organischen Hirnschädigungen anderer Ätiologie keine Bewußtseinstrübung und keine Demenz erkennbar seien.

Es sei auch unmöglich, vom amyostatischen Rigor ausgehend den schizophrenen Stupor zu verstehen. Ebensowenig gehe es an, von der klassischen Aphasie-Darstellung her das Gros schizophrener Denkstörungen aufzuklären, wobei nicht bestritten werden solle, daß Schizophrenien mit aphasischen Andeutungen vorkämen.

Es wird nun gezeigt, wie man auch die komplizierten Denk- und Sprachstörungen Schizophrener biologisch erklären könne.

Da das feinste Reagenz auf eine organische Hirnschädigung das

[1]) Z. Neur. Bd. 129.

[2]) »Die organischen Reaktionstypen« Beiheft 60 der Monatsschrift.

Digitized by Google

subjektive Empfinden einer solchen sei, müsse man die Schizophrenen zu einer Beschreibung ihrer Veränderung veranlassen. Bei beginnenden Schizophrenien erhalte man dann sehr häufig Auskünfte folgender Art: 1. Typus[1]): »Als wenn ich in Narkose liege«, ...»ich bin immer in diesem Nebelzustand...«, »Als wenn ich dauernd betrunken bin«, ... »wie aus einem Traume erwacht«. 2. Typus: »Die Gedanken stehen plötzlich still« ... »es tritt völlige Gedankenleere ein«, ... oder aber: »es strömen die Gedanken nach allen Seiten aus«. 3. Typus: Es gibt keinen Vordergrund im Denken —, der »Hintergrund«, die »Nebengedanken«, die »Gedankenkeime«, repräsentierten das ganze Denken. Unmöglichkeit, einer Simultanerfassung. Unmöglichkeit des vorwegnehmenden Denkens.

Ein Fall gab an: »Er könne nur an die Vergangenheit denken«, »es ist, als wenn ich in einer Schublade krame und die Vergangenheit herausziehe, während man sich doch sonst mit der Zukunft beschäftigt«. Erklären könne man diesen Zustand damit, daß die älteren Engramme dem Angriff durch einen Hirnprozeß am längsten widerständen (vgl. Beschäftigungsdelir).

Kraepelin und *Karl Schneider* hätten den Traum bzw. das Einschlafdenken zum Vergleich herangezogen. Den Traum könne man aber noch viel weitgehender auswerten, denn er sei ein psychisches Geschehen auf primitiver Funktionsstufe. Er sei ein sehr gutes Beispiel dafür, was man physiologisch ausgedrückt als Desintegration im Zentralnervensystem bezeichne. Wenn beispielsweise ein Schizophrener angibt, »wenn ich an etwas denke, sehe ich dies in Bildern vor mir vorüberziehen«, so wäre diese Angabe verständlich, wenn man sich vergegenwärtige, daß der Traum vorzugsweise in Bildern darstelle. Ein Fall von *Beringer* gab ebenfalls an, »es ist kein Denken, ein halbes Sehen«. Je mehr die Denkstörung nach dem Traumniveau hin sich verändere, um so optischer würde das Denken. Wenn ferner ein Fall von *Beringer* angebe, »mein Begriff der Hochschule ist auf meinen Schrank zusammengeschrumpft, aus dem ich den Mantel nehme«, so sei dies eine typische Traumdarstellung, denn der Traum könne abstrakte Begriffe nicht darstellen, sondern nur verbildlichte Spezialfälle einer abstrakten Kategorie.

Im Traum bestehe ferner eine Dissoziation zwischen Motorium und Psyche, wie wir dies bei manchen schizophrenen Stuporen beobachten. Hierzu sei auf den Fall von *Wuth* hingewiesen, wo ein Pat. im hypoglykämischen Chok bei Bewußtseinsklarheit seine Motorik nicht zur Verfügung gehabt habe. Vgl. hierzu auch das verzögerte psychomotorische Erwachen von *Rosenthal*.

Da es sich bei den meisten schizophrenen Denkstörungen um Störungen von Funktionen handele, müsse man bei ihrer Erklärung dynamisch-energetisch denken. Man müsse nach dem Vorgange von *Arnold Pick* den »Weg vom Denken zum Sprechen« untersuchen, denn das Wort sei nur eine Kompromißformel und drücke den Gedankenhintergrund nur unvollkommen aus. (Vgl. *Stockert* »Umbau und Abbau der Sprache bei Geistesstörungen.«) Gegenüber von *Weizsäcker* und *Goldstein* sei Vortr. der Meinung, daß es zwar selbstverständlich sei, daß eine Gestalt keine Addition von Teilen sei, immerhin seien auch die Untersuchungen von Teilen und das Zerstücklungsverfahren wieder in anderer Hinsicht von Vorteil. Die

[1]) Vgl. *Beringer* Z. Neur. 1925.

Digitized by Google

klassische Aphasielehre z. B. habe s. Zt. das ihrige geleistet, sie müsse nur heute, um ein Schlagwort zu gebrauchen, durch die Ganzheitsbetrachtung ergänzt werden. Man werde ein Ding am besten dann verstehen, wenn man es möglichst vielen Betrachtungsweisen methodologisch angehe. Jede methodologische Einstellung habe ihre Vorteile, aber auch ihre Grenzen, die »Wahrheit« könne man nur interpretieren als »Imperativ zu neuen Fragestellungen«.

Carrière-Arnsdorf (Sa): Über die Linksverschiebung im Blutbild der Schizophrenen.

Zusammenfassung: *Nagel*s Beobachtung der *Arneth*schen Linksverschiebung im Blutbild der Schizophrenen (Typus der wenig virulenten, fieberlos verlaufenden Infektion, bei frischen Fällen mehr neutrophile Kampfphase mit Eosinophilen, bei Dauerformen Lymphozytose, bei Remissionen ebenso oder mehr normale Bilder) wurde bei 53 aktiven, 50 chronischen oder abklingenden und 6 in guter Remission befindlichen schizophrenen Zustandsbildern mit größter Regelmäßigkeit bestätigt gefunden. Bei 5 Remissionen wurde die Leukozytenkurve vom aktiven Stadium in die Remission bis zu mehr oder weniger normalen Bildern (biologische Sanierung) verfolgt, ebenso in 2 Fällen die Verschlechterung des normalen Blutbildes mit dem Auftreten eines Erregungszustandes und dem Entstehen eines schweren Schubes. Das Blutbild folgt also dem Verlauf der Schizophrenie sehr genau. Praktisch wichtig ist, daß hiermit durch ein sicheres, leicht prüfbares biologisches Symptom das aktive Krankheitsstadium abgegrenzt werden kann. Therapeutische Versuche und pathophysiologische Untersuchungen sollten nur noch unter Beobachtung des Blutbildes gemacht werden, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, daß mit biologisch einheitlichem Material gearbeitet wird. Chronische Halluzinosen bei schizophrenen Endzuständen und bei Paraphrenien können normales Blutbild zeigen. 7 Paraphrenien ließen sich in 2 Gruppen teilen, 4 hatten so gut wie normales Blutbild, 3 mäßige Verschiebung wie bei chronischer Schizophrenie. Verworrene Depressionen und verworrene Manien können Linksverschiebung zeigen, es fragt sich, ob sie sich nicht biologisch doch dadurch von dem reinen zirkulären Irresein charakteristisch unterscheiden.

Haskove-Prag: Über Malariatherapie der progressiven Paralyse mit gleichzeitiger spezifischer Behanlung[1]).

Gestatten Sie mir einige Worte über die kombinierte Malariatherapie, die wir an unserer Prager Klinik (Vorstand Dr. *Z. Mislevečck*) anwenden. Wir haben zwar auch andere pyrogenetische Behandlungsmethoden versucht — so insbesondere im Jahre 1928 und 1929 die Sulfosininjektionen —, sind jedoch anfangs 1930 wieder zur Malariatherapie zurückgekehrt. Wir kombinieren jedoch die *Wagner-Jaureggs*che Methode mit gleichzeitiger spezifischer Behandlung. Eben diese simultane Anwendung beider Behandlungsmethoden heben wir hervor, da nach unserer Ansicht nur in dieser Weise die während der Malariaanfälle erhöhte Permeabilität der Blut-Liquorschranke voll ausgenützt wird. (Ich erinnere an die hochinter-

[1]) Dieser und die folgenden Vorträge konnten aus äußeren Gründen leider nicht gehalten werden; die Autorreferate wurden aber dem Protokoll einverleibt.

Digitized by Google

essante Arbeit *Vonkennels.*) Mit den Bismutinjektionen beginnen wir schon eine Woche vor der Malariaimpfung, da wir ein gewisses Bismutdepot im Organismus schon vor dem Fieber ansammeln wollen. Während der Fieberanfälle setzen wir die Bismutinjektionen fort und zwar bis zu einer Gesamtmenge von etwa 2 g Bismut bis 25 ccm Aluol »Leruco«. Die Malariaanfälle coupieren wir mit Neosalvarsan, von dem wir dann eine Gesamtmenge von etwa 3 g verabfolgen. Die Kranken vertragen diese Therapie meistens sehr gut. Sie hat sich uns auch in einigen Fällen von später Hirnlues und Tabes bewährt. Sie weist auch hier bessere Erfolge als die bloße Malariatherapie auf und wird auch besser vertragen. Nur meiden wir bei der Tabes höhere Dosen von Salvarsan, eventuell lassen wir hier die Arsenpräparate ganz weg. Definitive Ergebnisse unserer kombinierten Malariabehandlung können wir gegenwärtig wegen der kurzen Beobachtungszeit noch nicht anführen. Wir nehmen jedoch an, daß etwa 60% unserer Kranken bereits heute dem praktischen Leben wieder gegeben wurden. Während der postmalarischen Rekonvaleszenz vergessen wir jedoch niemals an die Reedukation der psychischen Persönlichkeit des Kranken. Wir halten diese Schulung des Kranken für ebenso wichtig wie die eigentliche Fiebertherapie. Die serologische Besserung tritt nach unserer Erfahrung später ein als die psychische und in einigen Fällen haben wir sogar entgegengesetzte Ergebnisse beobachtet. Unsere Beobachtung wird wohl noch viel bessere Erfolge aufweisen, bis die Bevölkerung sich von der allgemeinen Voreingenommenheit gegen die psychiatrischen Anstalten befreien wird und bis sie uns auch frische Krankheitsfälle, bei welchen die Malariatherapie die besten Resultate aufweist, zuweisen wird.

Münzer-Prag: Beobachtungen über die Hämolysinreaktion im Liquor cerebrospinalis nach paralytischen Anfällen.

Der Vortr. teilt einige Beobachtungen über die Hämolysinreaktion im Liqour cerebrospinalis nach paralytischen Anfällen bzw. im Status paralyticus mit, die er auf Anregung des verstorbenen Prager Serologen *E. Weil* gesammelt hat. Nur bei wenigen — zum größeren Teil unbehandelten, zum kleineren Teil malariabehandelten — Paralysen konnte bisher das Ergebnis der Hämolysinreaktion im Liquor zur anfallsfreien Zeit mit dem nach paralytischen Anfällen verglichen werden. Die Untersuchung der Hämolysinreaktion bei den ersten 12 unbehandelten Paralysen führte zu folgendem Resultat: Zur anstaltsfreien Zeit hatten vier Kranke eine negative Hämolysinreaktion, während sich bei 8 Fällen deutlicher Ambozeptorgehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit nachweisen ließ. Nach den Anfällen zeigten von den vier negativen Fällen zwei Ambozeptorübertritt in den Liquor, einer das Gesamthämolysin und bei einem war die Hämolysinreaktion negativ geblieben. Bei den acht hämolysinpositiven Kranken wurde nach dem paralytischen Anfall einmal vermehrter Ambozeptorgehalt, dreimal das Gesamthämolysin und dreimal keine wesentliche Änderung im Liquor gefunden, während ein Kranker eine negative Hämolysinreaktion aufwies. Es ergibt sich somit, daß bei den 12 Kranken nach paralytischen Anfällen der Hämolysingehalt des Liquors siebenmal vermehrt und viermal gleichgeblieben ist; einmal waren nach dem Anfall die Hämolysine aus dem Liquor geschwunden. Im Gegensatz zu diesen Beobachtungen enthielt die Spinalflüssigkeit der malariabehandelten Kranken nach paralytischen

Digitized by Google

Anfällen niemals das Gesamthämolysin, jedoch einige Male — besonders im Vergleich mit einer negativen Hämolysinreaktion während der anfallsfreien Zeit — deutlichen Ambozeptorgehalt. (Inwieweit bei diesem Ergebnis der Zufall eine Rolle spielt oder ein gesetzmäßiges Verhalten vorliegt, wird sich aus weiteren Untersuchungen ergeben müssen.) Die mitgeteilten Befunde entstammen einem viel zu kleinen Material, um daraus weitgehende Schlußfolgerungen ableiten zu können. Bei den folgenden geplanten Untersuchungen soll zunächst der Hämolysingehalt des Liquors mit dem Serumtiter der Hämolysine verglichen und dann das Ergebnis der gesamten Liquoranalyse berücksichtigt werden. Aus den bisherigen Untersuchungen geht hervor, daß sich im Status paralyticus, bzw. nach paralytischen Anfällen, im Liquor gleichzeitig mit dem vorübergehenden Auftreten des komplexen Hämolysins gewöhnlich — wie bereits *Kafka* gefunden hat — die sonstigen Zeichen einer meningealen Infiltration feststellen lassen, die bei bloßer Vermehrung des Normalambozeptors auch fehlen können. Ob man den vermehrten Hämolysingehalt des Liquors nach paralytischen Anfällen als Ausdruck einer den Anfall begleitenden Meningitis oder als den einer mehr toxisch bedingten Gefäßschädigung auffassen will, so scheint der erhobene Befund jedenfalls dafür zu sprechen, daß der paralytische Anfall häufig auch mit einer (durch die Hämolysinreaktion) nachweisbaren verstärkten Gefäßschädigung einhergeht. Daß andererseits das vorübergehend vermehrte Hämolysin des Liquors mit den klinischen Erscheinungen des Krampfanfalles allein nichts zu tun hat, lehrt ein Vergleich mit der Hämolysinreaktion des Liquors im Status epilepticus: bei neun bisher untersuchten einschlägigen Fällen fiel die Hämolysinreaktion im Liquor stets negativ aus.

Fischer und *Jaschke*-Breslau: Zur nosologischen Stellung der Paraphrenie.

Kraepelin hat im Jahre 1912 das Krankheitsbild der Paraphrenie aufgestellt. Der Streit um die nosologische Stellung dieser Krankheitsform ist seitdem noch nicht erloschen. *Stransky, Eisath, H. Krüger* und neuerdings auch *Kehrer* meinen, die Paraphrenie sei von der Paranoia nicht zu trennen. *Pfersdorff, Krambach, W. Maier* und in jüngster Zeit auch *Bumke* vertreten die Ansicht, die Paraphrenie sei nur eine besondere Verlaufsform der Schizophrenie. — Wir haben nun versucht von der körperlichen Seite her, und zwar mit Hilfe der Untersuchung des Gasstoffwechsels der Lösung des Problems näher zu kommen. Für diese Untersuchungen konnten nur klinisch durchaus einwandfreie Fälle Verwendung finden. Erste Voraussetzung dafür war, daß die Fälle der von *Kraepelin* gekennzeichneten Symptomatologie entsprachen und daß sie seit vielen Jahren beobachtet waren. Da außerdem eine große Schwierigkeit darin bestand, daß nicht alle Kranken zu einer Gasstoffwechseluntersuchung zu bewegen waren, konnten die Untersuchungen nur in vier Fällen durchgeführt werden. Von diesen Fällen gehörten zwei zur systematisierenden Form der Paraphrenie und zwei zur konfabulatorischen. Alle vier Fälle zeigten keine schizophrenen Symptome, die Persönlichkeit war erhalten, insbesondere wurde auch keine Affektstumpfheit beobachtet.

Wir haben nun früher festgestellt, daß bei Schizophrenen sich immer eine Herabsetzung des Grundumsatzes (G. U.) oder eine Herabsetzung der

Digitized by Google

spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung (sp.-d. E.) oder eine Herabsetzung beider Werte findet. Diese Erfahrungen haben sich im Laufe der Jahre an mehreren hunderten von Schizophrenen ausnahmslos bestätigt. Es wurde außerdem vor einigen Jahren bereits mitgeteilt, daß der Grundumsatz bei vier Paranoikern (jedoch nicht bei einem Querulanten), die durch viele Jahre verfolgt wurden, eine Herabsetzung des G. U. zum Teil sehr erheblicher Art zeigte und relativ hohe Werte der sp.-d. E. Die Werte der Oxydationsenergie bei den vier Paraphrenen bewegten sich dagegen in völlig normalen Grenzen. Im Gegensatz zu den Paranoikern sowohl wie zu den Schizophrenen zeigen also die Paraphrenen keine Störungen im Gasstoffwechsel. Diese Befunde weisen darauf hin, daß zwischen den Paraphrenen und Paranoikern einerseits, Paraphrenen und Schizophrenen andererseits eine Grenze zu ziehen ist. Die klinische Abgrenzung dieser drei Krankheitsformen voneinander hat durch diese somatischen Untersuchungen eine Bestätigung gefunden.

Georgi (Breslau): Zur Genese der Lipoid-Stoffwechselstörungen bei endogenen Psychosen.

In Danzig durfte ich Ihnen vor zwei Jahren über Untersuchungen berichten, die den Lipoidstoffwechsel bei Geisteskranken betrafen. Es hatte sich herausgestellt, daß bei krankhaften Affektzuständen der verschiedensten Genese, insbes. aber bei endogenen Depressionen in einem größeren Prozentsatz der Fälle Lipoidstoffwechselstörungen interferieren. Diese dokumentierten sich vor allem in einer Erhöhung des Cholesterinspiegels, dessen Normalwerte — (120—180 Milligramm %) — bei weitem übertroffen wurden. Inzwischen haben diese Befunde durch unabhängig von mir in Schweden und Italien unternommene Untersuchungen eine restlose Bestätigung erfahren. Wir selbst fußen heute auf einem Material von dreimal 810 Einzelanalysen, die den Cholesterinspiegel, den Phosphatidgehalt und die Fettsäuren betreffen. Während die Durchschnittswerte Normaler und Schizophrener 155 bzw. 151 mg% betragen, ist der bei Depressionszuständen festgestellte Durchschnittswert 186.

Nach diesen Befunden dürfte somit kein Zweifel mehr bestehen, daß Manisch-Depressive im Gegensatz zu der Gruppe schizophrener Erkrankungen, gehäuft zu Störungen im Lipoidstoffwechsel neigen. Was besagt uns diese Feststellung? Handelt es sich bei dem beschriebenen Phänomen um die Folge, die Begleiterscheinungen oder gar um die Ursache der affektiven Störungen?

Der Beantwortung dieser Fragen, die wir schon vor zwei Jahren theoretisch diskutierten, sind wir inzwischen experimentell nachgegangen. Schon seinerzeit durfte ich auf eine beachtliche Parallele hinweisen. Während wir einerseits den erhöhten Cholesteringehalt bei affektiven Störungen beobachten, zeigen andererseits, wie Sie auf der Tabelle I sehen, nur solche Stoffwechselkrankheiten, die mit ähnlichen Alteratinen im Affektleben einhergehen, einen erhöhten Cholesterinspiegel. Bei der Pseudourämie und Cholämie, die im Gegensatz zum Diabetes, der echten Urämie und der Gicht diese affektiven Zustände, wie *Kleist* zeigen konnte, vermissen läßt, fehlt auch der erhöhte Cholesteringehalt. Wenn wir uns erinnern, daß auch beim Beginn der Menstruation, im ersten Teil der Schwangerschaft und auch im Frühjahr ebenfalls mit dem gleichzeitigen Einsetzen der bekannten Affektspannungen eine Cholesterinsteigerung einhergeht, wenn wir ferner

Digitized by Google

berücksichtigen, daß der Pykniker schon normalerweise im Durchschnitt einen höheren Cholesterinspiegel wie der Astheniker aufzuweisen pflegt, und schließlich Tierversuche zeigen konnten, daß dieser Spiegel weitgehend von Erbfaktoren abhängt, so wäre man schon auf Grund dieser Überlegungen allzu leicht geneigt der Cholesterinerhöhung eine bedeutende Rolle im pathologischen Geschehen zuzuschreiben.

Tabelle I.

Stoffwechselkrankheiten	Diabetes	Echte Urämie	Pseudo-Urämie	Chol-ämie	Gicht
Bewußtseinsstörungen mit Zuckungen	—	—	+	—	—
Psychomotoriche Zustände	—	—	+	+	—
Delir oder Verwirrtheit	—	—	+	+	—
Affektive Zustände (depressiv paranoid)	+	+	—	—	+
Cholesterinspiegel erhöht	+	+	—	—	+

Bevor man diesen Fragekomplex zielbewußt experimentell angehen kann, ist eine Klärung über die Bedingungen unter denen eine Cholesterinämie zustandekommt erforderlich. Wir wissen heute, — ich kann naturgemäß auf die Literatur hier nicht eingehen — daß der Cholesterinspiegel hormonal gesteuert wird. Außerordentliche Schwierigkeiten der experimentellen Analyse sind nun in dem Umstand zu suchen, daß diese Steuerung nicht nur einer bestimmten Drüse mit innerer Sekretion obliegt, sondern daß außer der Nebenniere vor allem wohl der Nebennierenrinde hierfür noch die Geschlechtsdrüsen und vielleicht auch das Pankreas usf. in Frage kommt. Ausfall der Nebennieren, Fortfall des Ovariums usf. geht wie im Experiment eindeutig gezeigt werden konnte, mit einer Erhöhung des Blutcholesterins einher. Eine Analyse unseres Phänomens gestaltet sich daher um so schwieriger, als einerseits der Möglichkeit einer Titerbestimmung der Hormone zum größten Teil heute noch nicht durchführbar ist, andererseits durch die Vielheit der denselben Effekt bedingenden Hormoneinwirkungen, die von dem einzelnen zu leistende Arbeit einen Ausschnitt zeigen kann. In diesem Sinne bitte ich auch die folgenden Befunde zu werten.

Zwei Versuchsreihen wurden unternommen. 1. wurde versucht, den erhöhten Cholesterinspiegel Depressiver durch Injektionen eines Nebennierenrindenbestandteiles auf die Norm unter gleichzeitiger Beobachtung des psychischen Zustandes herabzudrücken. Es handelte sich dabei um ein von Herrn Prof. *Schmitz* hergestelltes und mir freundlichst zur Verfügung gestelltes Präparat. 2. wurde ähnlich, wie dies bei der Blutzuckerkurve der Fall ist, nach oralen Cholesteringaben die Verarbeitung dieses Cholesterins bei Gesunden und Kranken studiert. Es war hier die Frage zu beantworten, ob unter geeigneten gleichmäßigen Vorbedingungen das Cholesterin bei entsprechenden Kranken in zeitlicher und quantitativer Beziehung anders verarbeitet wurde als bei Gesunden. Schließlich war auch hier festzustellen, ob die Cholesterinbelastung ähnlich wie in der 1. Versuchsreihe die Cholesterinentlastung mit Veränderungen psychischer Natur einhergehen.

Digitized by Google

Einen der Versuche der 1. Versuchsreihe sehen Sie in der nächsten Tabelle (Tab. II). Es handelte sich hier um eine Depressive, die unbehandelt einen Cholesterinspiegel von 200 und darüber aufwies. Auf der Ordinate sind die Milligramm % von Cholesterin bzw. von Phosphatid, auf der Abszisse mit Pfeilen der Zeitpunkt der Blutentnahme vor der Behandlung, drei Stunden, drei Tage und acht Tage nach der Injektion angegeben. Sie sehen, daß das Nebennierenpräparat einen außerordentlichen Effekt hervorzubringen imstande ist. Während vor der Behandlung noch ein Wert von 200 Milligramm zu verzeichnen ist, können wir bereits drei Stunden nach der Injektion des Präparates ein Absinken um

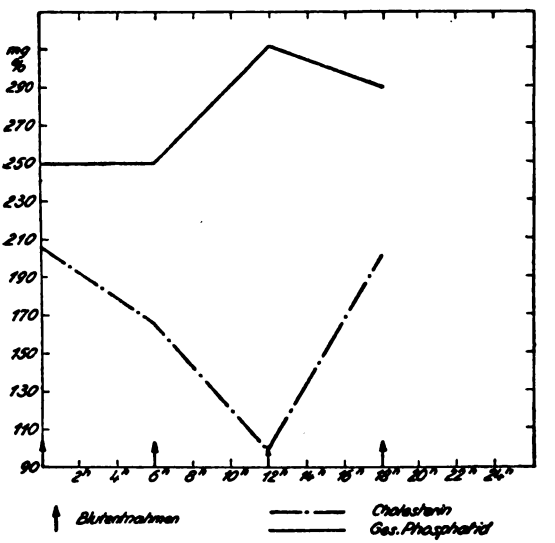


Tabelle II. Einfluß vom Nebennierenpräparat auf den Lipoidspiegel.

40 Milligramm feststellen, dem im Laufe der nächsten drei Tage ein weiterer Sturz bis zur untersten Grenze des Normalen folgt. Das sind keine Schwankungen, die in der Breite der Versuchsfehler liegen und denen auch der Gesunde und Kranke niemals vor allem in so kurzer Zeit unterliegt. Bemerkenswert erscheint die gegenläufige Bewegung der Phosphatidkurve, die bei der Bedeutung des Quotienten Cholesterin: Phosphatid, über die ich vor zwei Jahren berichten durfte, als Ausgleichsmechanismus des Organismus gedeutet werden muß.

Zahlreiche gleichartige Versuche haben nun stets ein Sinken des Cholesterinspiegels, niemals aber eine ernstliche Beeinflussung des Affektzustandes erkennen lassen. Selbst dann, wenn ein anderes, von Herrn Prof. *Schmitz* dargestelltes Präparat, das nur den Cholesterinspiegel senkte, nicht aber einen Ausgleich durch Erhöhung der Phosphatide bewirkte zur Anwendung gelangte, wurde ein Wechsel im Affektzustand vermißt. Im besten Falle kam es zu einer vorübergehenden Milderung der ängstlichen

Digitized by Google

Erregung bei agitierten Depressiven. Dieser Effekt entsprach somit dem auch durch Insulin zu erzielenden; dem Insulin, dem bemerkenswerterweise außer auf dem Blutzucker auch auf dem Blutcholesteringehalt eine dauernde Funktion innewohnt.

Auf Grund dieser Ergebnisse könnte man geneigt sein, derartige Versuche als für den Psychiater aussichtslos kurzer Hand abzubrechen. Man könnte den Cholesterinbefund bei Depressiven als zumindest sekundär mit der Genese der Affektlösung nicht zusammen aussprechen. Damit wäre aber die Analyse dieses Phänomens nicht zu Ende geführt. Ganz abgesehen von den auffälligen Beziehungen zwischen Stoffwechselkrankheiten

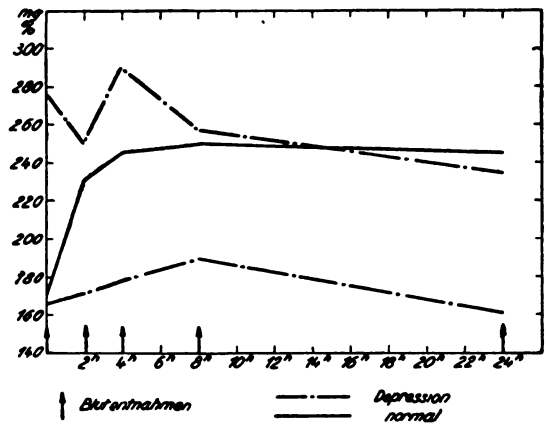


Tabelle III. Belastung mit Cholesterin.

mit entsprechenden Cholesterinveränderungen und depressiven Zustandsbildern, die die Bedeutung dieser Zusammenhänge erweist, wird man zur Entscheidung unserer Fragestellung noch weitere therapeutische Maßnahmen innersekretorischer Art ergreifen müssen. Ich denke dabei vor allem an den Versuch nunmehr den Cholesterinspiegel durch die Hormone der Geschlechtsdrüsen zu korrigieren. Hier eröffnet sich vielleicht auch gleichzeitig ein Weg, den Funktionsausfall dieser Drüsen indirekt zu bestimmen.

Schließlich habe ich, wie schon angedeutet, in einer weiteren Versuchsreihe Belastungsproben angestellt. Es wurden zu diesem Zwecke Gesunden und Kranken vier Gramm Cholesterin in Öl suspendiert, nüchtern verabreicht und in den folgenden 24 Stunden die Cholesterinwerte bestimmt. Drei solcher Belastungsversuche sehen Sie in dieser letzten Tabelle (Tab. III). Die Strich-Punkt-Kurven stammen von Depressiven, die andere stammt von einem Selbstversuch. Das Gegensätzliche in dem Kurvenverlauf wird wohl ohne weiteres ersichtlich. Während ich selbst auf die relative große Cholesteringabe bereits nach zwei Stunden mit einer außerordentlichen Erhöhung (60 Milligramm) reagierte, — ein Verhalten, wie dies bei Gesunden von *Bürger* und einer Reihe anderer Autoren beschrieben wurde — hat die eine Patientin, die an sich schon eine abnormen Wert (280) aufwies, zunächst ein Absinken, dann einen ganz geringen Anstieg, dem ein dauern-

Digitized by Google

des Absinken erfolgte, erkennen lassen. Aber auch die 2. hier ausgeführte Patientin, deren Cholesterinwerte an sich sogar sich noch innerhalb des Normalen bewegte, zeigte ein von dem Normalen abweichendes Verhalten, was einerseits in dem unerheblichen Anstieg, andererseits in der Verzögerung dieses Anstiegs zum Ausdruck kam.

Diese erst kürzlich erhobenen Befunde weisen, wie mir scheint, recht sinnfällig darauf hin, daß der Steuerungsmechanismus des Lipoidstoffwechsels Depressiver recht erheblich gestört sein dürfte. Wir wissen auf Grund der Befunde der Internisten, daß ein ähnliches Verhalten bei schweren Störungen der Leberfunktion angetroffen wird, und sehen somit auch hier wieder einen Hinweis auf den alten Volksglauben von der gestörten Leber- bzw. Gallenfunktion bei Gemütskranken.

Es dürfte nach allem jedenfalls kein Zweifel mehr bestehen, daß sich die objektiven Anhaltspunkte mehren, wonach man das manisch-depressive Irresein als eine Erkrankung ansprechen darf, der eine Störung der innersekretorischen Steuerung zugrunde liegt. Es ist nur zu verständlich, daß dieses Schlagwort durch die vielen Enttäuschungen, die die wissenschaftliche Psychiatrie der letzten 20 Jahre in dieser Hinsicht erleben mußte — ich erinnere nur an die Fehlschläge der Abderhaldenschen Reaktion, an die Unbrauchbarkeit der Interferometrie, an das Mißlingen der Nebennierenexstirpation usf. — in der Psychiatrie in Mißkredit geraten ist. Wir dürfen nach dem Stande der innersekretorischen Forschung heute auch noch nicht erwarten, die Zusammenhänge mit einem Schlage zu übersehen. Wird aber, wie ich dies zu zeigen versuchte, mit aller Skepsis Material gesammelt, so dürften sich letzten Endes die einzelnen Bausteine in ein geordnetes Mosaik einfügen lassen; dann dürfte auch der Zeitpunkt einer ätiologisch fundierten Therapie endogener Störungen gekommen sein.

Rosenthal (Breslau): Pyknoleptischer Anfalltyp und Epilepsie.

R. hat die seit den *Arbeiten* von *Friedmann* und Heilbronner (1906) entstandene Literatur über die gehäuften kleinen Anfälle des Kindesalters durchgearbeitet und von den in den Jahren 1910 bis 1930 in der Universitäts-Nervenklinik und -Poliklinik Breslau beobachteten Fällen Katamnesen gemacht. Die Ergebnisse werden dargestellt und eine Klärung der Zusammenhänge mit den Randgebieten der Epilepsie versucht. (Ausführliche monographische Darstellung folgt.)

Stach (Breslau): Die Assoziation aus dem Schlafe.

Jeder Psychiater, der sich viel mit der Psychotherapie nervöser Grenzzustände abgeben muß, macht im Laufe seiner Praxis die Erfahrung, daß in einer ganzen Reihe von Fällen die diagnostischen Möglichkeiten nicht ausreichen, um der Genese einer Erkrankung auf den Grund zu kommen. Es nutzt dabei nicht, daß man neben den Hilfsmitteln der Psychiatrie an sich, die in einer genauen Aufnahme der Anamnese alle Faktoren der Konstitution und Kondition zu berücksichtigen sucht, auch die Techniken der modernen tiefenpsychologischen Forschung versucht. Es gibt Fälle, die zunächst in einem engeren Sinne jeder Durchdringung trotzen, insofern, als es nicht gelingt, die letzten Wurzeln eines Zustandes, soweit er konditionell gewor-

Digitized by Google

den ist, zu finden. Man hat dabei häufig — und gewöhnlich mit Recht — die Empfindung, daß die Kenntnis dieser letzten Zusammenhänge auch die therapeutischen Bemühungen auf neue Bahnen lenken und befruchten würde. Es scheitert aber jeder Versuch, tiefer in das Verständnis der Erkrankung einzudringen, an der Verschlossenheit des Kranken, an dem Mangel an Übertragung, an dem negativen Gesundungswillen, an dem Widerstande, oder wie man sonst das jedem Nervenarzte bekannte Phänomen nennen mag.

Aus diesen Überlegungen heraus sind innerhalb der letzten vier bis fünf Jahre in der Breslauer Nervenklinik Versuche unternommen worden, die zum Zwecke haben, die Schwierigkeiten zu überwinden, von denen eben gesprochen worden ist. Die dem Psychotherapeuten zur Verfügung stehenden Möglichkeiten sollen um eine erweitert werden. Die Mitteilungen, die hier in gedrängter Kürze gemacht werden, sollen über die Erfolge und Aussichten von Versuchen berichten, welche den Namen »Assoziation aus dem Schlafe« erhalten haben. Die Versuche gingen aus von den anscheinend noch niemals wissenschaftlich exakt erforschten, aber in den Laienkreisen sehr bekannten Erfahrungen, daß man mit manchen schlafenden Personen in Kontakt treten kann, ohne daß diese erwachen müssen. (Mir ist aus eigener Erinnerung ein solcher Fall bekannt, wo ein Mädchen im Schlafe eine von ihrem Vater intonierte Melodie mit richtigem Texte weiter sang, ohne zu erwachen, und nachher eine durchaus glaubhafte Amnesie für diesen Vorgang hatte — wie für die vielen gleichartigen anderen.) Das Ziel unserer Experimente war, aus dem Schlafe heraus die explorierten Kranken zum Kontakt mit dem Arzte zu bringen und Gedankenreihen in Erfahrung zu bringen, die mit den bekannten Methoden sich als unerreichbar erwiesen hatten.

Eine besondere Vorbereitung dieser Versuche hat sich als im allgemeinen falsch erwiesen. Es genügte schon die Tatsache, daß ein Kranker plötzlich aus dem Gemeinschaftssaal in ein Einzelzimmer verlegt wurde, um das Experiment ziemlich sicher mißglücken zu lassen. Der Kranke ahnte etwas, sein Schlaf wurde unruhig, oberflächlich, er wachte auf usw. So mußte in Kauf genommen werden, die Probanden in Gegenwart der schlafenden Mitkranken zu vernehmen auf die Gefahr hin, daß diese erwachten und störten oder dem Untersuchten nachher berichteten. Zur Vertiefung des Schlafes bei unruhigen oder oberflächlich schlafenden Kranken wurde zuweilen unter einem Vorwande ein Schlafmittel gegeben, wenn die Verabfolgung nicht schon aus anderen Gründen geschah. Der untersuchende Arzt setzte sich zum Probanden ans Bett und fragte nun mit halblauter Stimme. Es wurden sowohl einzelne Reizworte als auch ganze Sätze verwendet. Erhielt man überhaupt eine Antwort, so konnte man sicher sein, daß sie irgend eine Beziehung zu dem gesuchten Gedankenkomplex aufwies. Sehr oft aber erfolgte keine Antwort: ein solcher Versuch war dann negativ; häufig wachte auch der Proband oder seine Umgebung auf, bevor ein brauchbares Ergebnis erzielt war; diese Fälle entzogen sich ebenfalls einer restlosen Auswertung.

Ich berichte an Hand einer Tabelle über insgesamt 71 Fälle. Versuche sind bei etwa 85 Fällen angestellt worden, jedoch ist die Durcharbeitung des Materials bisher nur in den hier aufgeführten Fällen genügend weit gefördert worden.

Digitized by Google

Diagnose	insgesamt	positiv	negativ	d. v.
Schizophrenie	9	3	6	0
Epilepsie	5	0	5	0
endog. u. reakt. Depression	7	1	6	1
Hysterie	9	1	8	1
Psychopathie	16	4	12	1
Zwangskrankheiten	8	3	5	1
Parasexuelle	3	2	1	1
Abusus, Suchten	7	5	2	2
verschiedene organische Krankheiten	7	1	6	0
	71	20	51	7

Die in dieser Tabelle als positiv bezeichneten Fälle sind alle die, in denen überhaupt ein Kontakt mit dem Probanden erzielt wurde. Jedoch ist es nicht in allen positiven Fällen gelungen, mehr zu erfahren, als auch durch andere Methoden möglich gewesen wäre. Die diagnostisch und therapeutisch durch diesen Vorgang geförderten Fälle sind besonders aufgeführt.

Um Ihnen zu zeigen, wie ungefähr eine solche Assoziation aus dem Schlafe abläuft, möchte ich ein Protokoll wiedergeben, das gelegentlich eines solchen Versuches aufgenommen wurde. In diesem Falle handelt es sich um einen 59 Jahre alten Morphinisten, der in klinischer Behandlung steht. Er ist infolge einer komplizierten Armoperation zum Morphium gekommen, das ihm bereits zweimal mit vorübergehendem Erfolge entzogen wurde. Der Kranke hat neben seinem Morphiumkomplex noch andere: so grämt er sich sehr um den Tod seines einzigen Kindes, eines 21jährigen Mädchens. Der Fall lag uns psychologisch so einfach, daß eine besondere Befragung über das schon Bekannte hinaus nicht notwendig erschien. Die A. a. d. S. ergibt nun folgendes:

Protokoll der A. a. d. S. Auf die Frage des Arztes »Was träumen Sie?« zunächst nur ein Stöhnen des Probanden. Auf die Wiederholung der Frage antwortete er: »Mein Mädele, mein Mädele!« Auf die weitere Frage, wer das sei, antwortete er zunächst: »Meine Tochter!«, weinte kurz und berichtete: »Sie war 21, wie sie tot war.... 7 Jahre hat sie Klavier gespielt,... die beste Schülerin. Meine Frau war nicht bei mir....« Hier hielt der Proband einen Augenblick inne und wandte sich anscheinend einem zweiten, das Zimmer betretenden Arzte zu, sodann fuhr er fort: »...das Mädel war in Görbersdorf, wie sie krank war, zwei Jahre lang... Meine Frau hat ja vier Kinder gehabt, sie hat aber nichts ausgetragen,... sie hat 42 m Binden um den Leib gewickelt (dabei machte der Proband die Geste des Wickelns),... da war nur ein Kind...« — Da innerhalb der nächsten Minuten keine weitere Reaktion erfolgte, wurde die Suggestion zum Weiterschlafen gegeben. Auf den Zuruf »Schlafen Sie!« erfolgte eine undeutliche Antwort, die von einem der Ärzte als »Gute Nacht!« gedeutet wurde.

Dieser Komplex, daß der Kranke eigentlich vier Kinder hätte haben können, war uns vollständig neu; er war für uns ein wesentlicher Faktor

Digitized by Google

zur Beurteilung des Mannes, insbesondere seines Verhältnisses zu seiner Ehefrau. Hier einen neuen Gesichtspunkt gewonnen zu haben, das scheint das Bemerkenswerte der Methode im vorliegenden Falle. — Die etwa 40 Stunden später erfolgende Exploration des Kranken über die Ereignisse der Nacht ergab — allerdings erst mit Hilfsfragen — eine relativ brauchbare Erinnerung dafür — mit einigen Fehlern, die sich aus Traumteilen erklären; so glaubte er u. a., der Arzt habe nach der Kleidfarbe der Tochter gefragt, er erinnerte sich auch nicht der Anwesenheit eines zweiten Arztes bei der Assoziation, hingegen konnte er sich an einen Versuch, der wenige Tage später vorgenommen wurde, gar nicht mehr erinnern, hatte lediglich das unklare Gefühl, daß der Arzt nachts in seinem Zimmer gewesen wäre.

Die Betrachtung der Frage nach der Verschiedenheit der Erinnerung an die Vorgänge während des Versuches, die wir auch in den anderen Fällen feststellen konnten, führt zwangsmäßig zu der Überlegung, in welchem Bewußtseinszustande sich die Probanden während des Versuches befinden. Mit einiger Sicherheit wird man wohl nur sagen dürfen, daß dieser Zustand nicht immer der gleiche ist, sowohl bei ein- und demselben Probanden in mehreren Versuchen, als auch bei den verschiedenen untersuchten Kranken. Jeder Versuch, mehr als dies festzustellen, würde den Rahmen des Referates überschreiten; es ist selbstverständlich, daß diese Frage noch genauer theoretischer und — wenn möglich — praktisch-experimenteller Prüfung bedarf.

Einen Fall möchte ich noch anführen, der zeigen soll, daß die Methode u. U. auch therapeutische Erfolge zeitigen kann, in Fällen, in denen andere Mittel versagt haben. Ein 20jähriges Mädchen erkrankt nach einem Sturz vom Rade an einem hysterischen Symptomenkomplex: Gangstörung, Tremor, Atemstörung, Herzbeklemmung. Alle somatisch und psychisch einwirkenden Heilversuche schaffen eher eine Verschlimmerung aber keine Besserung. Auch ein psychoanalytischer Versuch bringt keine Erleichterung, obschon es gelingt, den einen oder anderen Komplex herauszuholen. Die Assoziation aus dem Schlafe brachte den Heilerfolg. Die betr. Sitzungen waren fast ein Monolog der Probandin, die so viel Material mitteilte, daß die Lösung der wesentlichen Komplexe und die Heilung auf Grund dieses Materials spielend gelang (Diaskop). Es ist dies auch einer der wenigen Fälle, in denen sich nachträglich die Richtigkeit der Methodik und der einzelnen Ergebnisse erweisen ließ. In mehreren anderen Fällen, die ich nicht im einzelnen bringen möchte, glauben wir ebenfalls durch die Assoziation aus dem Schlafe wertvolle Fingerzeige für Behandlung und Diagnose gefunden zu haben. In allen Fällen, die überhaupt auf die Methode ansprechen, besteht die Möglichkeit der Traumsuggestion; man kann ferner die Assoziation aus dem Schlafe zu direkter Suggestionsbehandlung ausnützen; diese Möglichkeiten will ich nur andeuten. Über eine gewisse praktische Bedeutung hinaus haben unsere Versuche wohl auch einen theoretischen Wert: Vielleicht kommt es dazu, die Methode zum Ausgangspunkt neu orientierter Studien über Gedächtnis und Erinnerung, insbesondere über »Wissensaktualisierung« oder »Rekonstruktion aus dem Nichts« zu benutzen. Auch diesen Weg können wir heute nur andeuten, nicht gehen.

Zusammenfassend glaube ich sagen zu dürfen: Die Assoziation aus dem Schlafe erscheint als eine technisch zwar mühsame, jedoch brauch-

Digitized by Google

bare Methodik zur Erweiterung der Diagnostik und Therapie, vornehmlich der psychisch-nervösen Grenzzustände.

E. Geschäftliches:

Die nächste Jahresversammlung soll in der Pfingstwoche 1932 in Bonn a. Rh. stattfinden. Referatenthemata:

1. Der Austausch von Krankheitsstoffen zwischen dem Zentralnervensystem und dem übrigen Körper; als Referenten sollen ersucht werden: *Steiner*-Heidelberg, *Kaffka*-Hamburg, *Walter*-Bremen und *Spatz*-München,
2. Der Alkoholismus und seine Behandlung: als Referenten sollen ersucht werden: *Bratz*-Berlin und *Pohlisch*-Berlin. —

Dem geprüften Kassenbericht des Schatzmeisters wird Entlastung erteilt. Es wird vorgeschlagen und genehmigt, den Jahresbeitrag von 10 Mark versuchsweise auf 8 Mark herabzusetzen. —

Max Laehr gibt den Kassenbericht der *Heinrich Laehr*-Stiftung. Dem Antrag auf Änderung der Stiftungsurkunde — (die Zinsen des Kapitals von 25000 M. und das über 25000 M. hinausgehende Kapital im Sinne der Stiftung zu verwenden, auch mindestens ein Viertel der jährlichen Zinsen zur Aufwertung des Kapitals zu bestimmen) stimmt die Versammlung bei (die Polizeidirektion Berlin hat die Änderung später genehmigt). — Es sollen aus der *Heinrich Laehr*-Stiftung zwei Preisarbeiten gestellt werden. Als Themen hierfür hat der Vorstand beschlossen:

1. Soziologische und klinische Untersuchung an den Insassen der festen Häuser Deutschlands.
2. Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?

Preis à 600 Mark. Bewerben können sich Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie. (Vorbehalten bleibt die Veröffentlichung der preisgekrönten Arbeiten in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie.) Arbeiten unter selbstgewähltem Motto bis Ende Februar 1932 einzusenden an Professor *G. Ilberg* (Dresden, Schubertstr. 41); Namen des Verfassers in beizufügendem, mit demselben Motto versehenem, geschlossenem Kuvert. —

In eine Kommission für Beratung des zu erwartenden Preußischen Irrenfürsorgegesetzes werden *E. Schultze*-Göttingen, *Sioli*-Düsseldorf und *Köster*-Bonn gewählt; die Kommission soll prüfen, ob die Vorschläge des neuen Irrenfürsorgegesetzes den Kenntnissen der modernen Irrenpflege entsprechen. —

Wilmanns berichtet über den Plan, den Fakultäten die Abhaltung öffentlicher Vorlesungen über eugenische Fragen zu empfehlen und dem Reichsministerium des Innern eine Resolution des Vereins betreffs Vorlesungen über psychiatrische und neurologische Fragen der Unfallmedizin zuzuleiten. Die Versammlung stimmt zu. —

Die Herren Geheimer Rat Professor Dr. *Kahl*-Berlin und Oberreichsanwalt Professor Dr. *Ebermayer*-Leipzig werden zu Ehrenmitgliedern ernannt. —

Für die ausscheidenden Vorstandsmitglieder *E. Schultze*-Göttingen und *Wilmanns*-Heidelberg werden *Bonhoeffer*-Berlin und *Bumke*-München gewählt. Der Vorstand wählte *Bonhoeffer* zum 1. Vorsitzenden des Vereins. —

Digitized by Google

Für die Geselligkeit war vom Lokalkomitee aufs beste gesorgt worden. Am 9. 4. abends fand ein Festessen mit Damen im Hotel Savoy statt, bei dem Professor *Wilmanns* die Festrede hielt; von Geheimrat *Wollenberg* verfaßte humorvolle Lieder (»den Frauen«, »den Vätern«, und nach der Melodie: wenn ich einmal der Herrgott wär' »den Psychiatern«) wurden mit Enthusiasmus gesungen. Ein Damenkomitee sorgte am 8. und 9. 4. für Unterhaltung der Damen (Besichtigung der Baudenkmäler und Museen, Teeveranstaltung). Die Rede *Wilmanns*'s hatte folgenden Wortlaut:

M. D. u. H.! Als gegenwärtiger Vorsitzender des deutschen Vereins für Psychiatrie begrüße ich unsere Mitglieder und ihre Damen. Ich begrüße besonders die Vertreter der städtischen Behörden und spreche ihnen unseren Dank aus für den gastfreundlichen Empfang, den wir hier gefunden haben. Ich bewillkommne endlich unsere Gäste, die z. T. aus weiter Ferne gekommen sind, um ihre Verbundenheit mit uns zu bezeugen. Die finanzielle Notlage der Länder ist schuld, daß die Irrenärzte des deutschen Südens und Westens nur in beschränkter Zahl erschienen sind. Diejenigen, die der Einladung Folge leisten konnten, kommen jedoch trotz der weiten Fahrt besonders gern, nicht nur zu ihrer Fortbildung, sonders auch um die alte deutsche Grenzstadt kennenzulernen und ihren unter der Not der Zeit besonders leidenden Bewohnern ihre Sympathien als Deutsche entgegenzubringen.

M. D. u. H.! Als nach den Mongolenstürmen die alte slawische Stadt Wratislaw zu deutschen Rechten neu eingesetzt wurde, waren es ganz überwiegend mitteldeutsche Elemente: Thüringer, Franken und Sachsen, die sich in ihr niederließen, das anpassungsfähigste, geschmeidigste und daher zur Kolonisierung geeignetste Menschenmaterial unter den deutschen Stämmen. Dieser glücklichen Blutmischung ist es wohl zu verdanken, daß gerade Breslau so viele bedeutende Söhne hervorgebracht hat, die auf die Entwicklung der deutschen Kultur einen starken Einfluß ausgeübt haben. Breslau war von jeher das Sprungbrett für Berlin. Was hat die preußische Hauptstadt allein im vorigen Jahrhundert an bemerkenswerten Persönlichkeiten aus Breslau an sich gezogen! Ich erinnere nur an den Maler *Adolf v. Menzel,* an die Gründer der Düsseldorfer Malerakademie, die Schüler *Schadows: Karl Friedrich Lessing* und *Heinrich Munk,* an die Schauspieler *Ferdinand Fleck, Friedrich Beckmann* und die *Agnes Sorma,* an den Philosophen und Politiker *Ferdinand Lassalle,* die Dichter *Willibald Alexis* und, wenn Sie wollen, *Gustav Freytag,* der zwar in Kreuzberg geboren, mit Breslau jedoch innig verbunden war und der alten Stadt in seinem Soll und Haben ein unvergängliches Denkmal setzte.

Uns als Psychiater interessiert zunächst, was Breslau und das weitere Schlesien unserer Wissenschaft an bedeutenden Männern geschenkt hat, und da will es mir scheinen, daß aus keinem Gebiete Deutschlands, Württemberg vielleicht ausgenommen, ein solcher Strom von hervorragenden Irrenärzten hervorgegangen sei wie gerade aus Schlesien. Ich gedenke dankbar unseres verstorbenen Ehrenmitgliedes *Heinrich Laehr* aus Sagan, des Gründers unseres Vereins, langjährigen Schriftleiters der grünen Blätter, Schöpfers der ersten mustergültigen Privatanstalt in Berlin und Stifters der *Heinrich Laehr*-Stiftung. Ich denke an den vortrefflichen *Friedrich Scholz* aus Buchwald im Riesengebirge, den Gründer der alten Bremer Irrenanstalt, an den langjährigen Leiter der Irrenanstalt Dalldorf *Heinrich Sander* aus Haynau in Niederschlesien, an meinen alten Lehrer, den a. o. Professor *Emanuel Mendel*

Digitized by Google

aus Buchlaub, den Begründer des neurologischen Zentralblattes, an den Lehrer *Emil Kraepelins* und *Clemens Neißers*: *Wilhelm Alter* aus Prauß und vor allem an die beiden Vorgänger unseres Kollegen *Lange: Heinrich Neumann,* einen Sohn Breslaus und *Karl Wernicke* aus Tarnowitz, deren ich mit einigen Worten dankbarer Verehrung gedenken möchte.

Heinrich Neumann hat als junger Arzt lange Zeit geschwankt, bis er sich seiner wissenschaftlichen Mission bewußt wurde. Er debütierte als Regimentschirurgus, habilitierte sich hier für innere Medizin, vertauschte seine Stellung mit der eines Assistenzarztes an der Irrenanstalt Leubus, gab aber auch diese infolge politischer Reibereien wieder auf und wurde 1849 von neuem Regimentsarzt. Das rege Interesse, das er in Leubus für die Psychiatrie gewonnen hatte, gab ihm endlich 1852 den Anstoß, in Pöpelwitz eine Privatanstalt, die erste im Osten Deutschlands, zu gründen und sich für Psychiatrie zu habilitieren. 1859 erschien, auf den Pöpelwitzer Erfahrungen aufgebaut, sein Lehrbuch der Psychiatrie, 1867 übernahm er nach Verkauf seiner Privatanstalt die Leitung der Irrenabteilung am Allerheiligen-Hospital. Seine Hoffnung, eine eigene städtische Irrenanstalt erbauen zu dürfen, erfüllte sich nicht; *Neumann* starb 1884.

Die Bedeutung *Neumanns* für unsere Wissenschaft lag in seiner durchaus selbständigen, von keinem Autoritätsglauben und keiner Modeströmung beeinflußten Urteilsbildung. Er war ein feiner Beobachter, ein guter Psychologe und ein scharfer Stilist, der seinen Gedanken in präziser, knapper Form Ausdruck zu geben vermochte. Er war aber vor allem ein klarer, logischer Kopf und ein strenger, ehrlicher Kritiker der damals herrschenden anatomischen und klinischen Theorien. *Neumann* selbst schrieb zwar einmal, »Polemik ist stets eine böse Sache«; ich kenne aber keinen Psychiater, dem das Polemisieren so gelegen hätte wie gerade *Neumann.* Besonders heftig wandte er sich gegen den damals gefeierten, gewandten und glatten *Griesinger.* Sein Lehrbuch war für *Neumann* ein Blendwerk. Seine systematische Darstellung sei ihm nur auf Kosten der Wahrheit möglich geworden; sein Stil entbehre jeder Originalität und sei nichts als Phraseologie und Redensarten; seine Lehre von der organischen Belastung sei eine auf den Markt geworfene Phrase, der Satz »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten« sei haltlose Theorie, die dadurch nicht an Kraft gewinne, daß einer sie dem andern nachschreibe; kurzum, sein ganzes Werk enthalte nicht einen originellen Gedanken, der zum Weiterdenken anreize. Auch derjenige, der *Griesingers* Bedeutung für die Entwicklung unserer Wissenschaft voll anerkennt, wird die scharfe Einstellung des Skeptikers Neumann gegen den Theoretiker *Griesinger* verstehen.

Unsere Generation kennt *Neumann* als Schöpfer der Lehre von der Einheitspsychose. Er hielt jede Klassifikation der Seelenstörungen für ein künstliches und deshalb unzureichendes Unternehmen und vertrat daher den Standpunkt, besser keine, als eine schlechte Klassifikation. Ein Fortschritt in der Psychiatrie sei erst möglich, wenn man alle Klassifikationsversuche über Bord werfe und mit ihm erkläre: »es gibt nur eine Art der Seelenstörung; wir nennen sie das Irresein«. Dieses Irresein habe nicht verschiedene Formen, sondern nur verschiedene Stadien, den Wahnsinn, die Verwirrtheit und den Blödsinn. Auch der Paralyse konnte er keine Sonderstellung einräumen, obwohl er mit Nachdruck betonte, daß ihr eine konstante anatomische Grundlage eigentümlich sei.

Digitized by Google

Neumanns Anschauungen fanden in jener Zeit, als die psychologische Erfassung der Seelenstörung als unwissenschaftlich abgelehnt wurde und man das Heil der Psychiatrie lediglich von der Vertiefung der Hirnanatomie erwartete, wenig Widerhall. Unter der mangelnden Anerkennung hat er vielleicht gelitten und erwähnte gelegentlich selbst nicht ohne Bitterkeit, daß die buchhändlerische Wirkung seines Lehrbuches beschränkt geblieben sei, während das Lehrbuch *Griesingers* eine Auflage nach der anderen erlebt habe. *Neumann* hatte aber noch die Genugtuung, daß er von *Schüle, v. Krafft-Ebing, Dittmar* und *Ebbinghaus* fleißig und wohlwollend zitiert wurde, sodaß er sich selbst als nicht omnis mortuus bezeichnen konnte. *Neumanns* Skepsis hat in Vielem recht behalten und manche noch jetzt gebrauchte Ausdrücke wie »geistiger Invalide«, »Heilung mit Defekt«, »sozialer Schwachsinn« sind von ihm geprägt. Jüngere Psychiater, die mit stolzer Befriedigung rühmen, wie wir es doch herrlich weit gebracht haben, werden die Schriften des alten Skeptikers mit Nutzen lesen.

Wer etwa aus der scharfen, oft bissigen Polemik *Neumanns* einen Rückschluß auf einen unerfreulichen Charakter ziehen wollte, würde sich irren. *Neumann* war im Gegenteil ein wohlwollender, milder Beurteiler des Tuns seiner Mitmenschen, der für fremdes Leid ein empfängliches Gemüt hatte, dem allgemeinen Wohl lebhaftes Interesse entgegenbrachte, seine ärztliche Kunst ohne Rücksicht auf sich selbst opferwillig auf den Schlachtfeldern 1866 und in den Lazaretten 1870/71 zur Verfügung stellte und den Armen weit über seine finanziellen Kräfte gab.

Von seinen Schülern sind die Psychiatrie und ihre Hilfswissenschaften Dank schuldig *Karl Weigert, Arthur Leppmann* und vor allem *Karl Wernicke.*

Karl Wernicke war nach dem 70er Kriege zusammen mit dem späteren Pathologen *Karl Friedlaender* und *Karl Weigert* Assistenzarzt von *Neumann* am Allerheiligen-Hospital. *Neumann* hat außer *Meynert* und *Kahlbaum* den stärksten Einfluß auf *Wernicke* ausgeübt. Von der Lehre über die Einheitspsychose löste sich *Wernicke* jedoch bald und schlug bereits in seiner ersten grundlegenden Arbeit über den aphasischen Symptomenkomplex ganz neue, eigene Wege ein. Dieser Erfolg verhalf ihm 1875 zu einer Assistenzarztstelle bei *Karl Westphal* in der Charité in Berlin, wo er sich ein Jahr später habilitierte. Reibungen, die der eigenwillige, unbeugsame und jedem Kompromiß abgeneigte junge Arzt mit der Direktion hatte, führten schon 1876 zu seiner Entlassung und zwangen ihn, fast 10 Jahre als prakt. Nervenarzt in Berlin zu leben. Die Frucht dieser Jahre war das Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, das bis zur Veröffentlichung des großen *Monakow*schen Werkes führend blieb. 1885 erhielt er den Ruf als Nachfolger *Neumanns* und Leiter der Irrenstation am Allerheiligen-Hospital. Hier und in der 1888 neu errichteten städtischen Irrenanstalt in der Einbaumstraße wandte sich das Interesse *Wernickes* in wachsendem Maße den Geistesstörungen zu und alsbald sah er sein Lebensziel in der Aufstellung einer neuen psychiatrischen Lehre, die auf dem Boden der bei der Erforschung der Gehirnkrankheiten erprobten Grundsätze erwuchs. Nach einigen kleinen programmatischen Aufsätzen erschienen 1894—1900 die 3 Teile seines Grundrisses der Psychiatrie, als geistige Leistung vielleicht das Imposanteste, was die deutsche Psychiatrie hervorgebracht hat.

Wernickes Bedeutung für die Entwicklung der Psychiatrie brauche ich

Digitized by Google

in diesem Kreise nicht hervorzuheben. Sein Lebenswerk war die Schöpfung einer auf reichsten und feinsten Beobachtungen aufgebauten Pathopsychologie der Psychosen und die Entwicklung einer Theorie der Seelenstörungen, die wiederum auf einer Theorie der Störungen des Nervensystems beruhte. Daß diese mit bewundernswertem Scharfsinn und Konsequenz aufgebauten Theorien mehr Angriffsflächen boten, als die von vornherein sich bescheidenden Versuche Anderer, Tatsächlichkeiten zu schildern und zu ordnen, liegt auf der Hand. Aber auch derjenige, der *Wernicke* in seinen Lehren nicht zu folgen vermag, wird seine unvergänglichen Verdienste um die Aphasielehre und um die neurologische Betrachtungsweisen in der Psychiatrie nicht nur, sondern auch um die außerordentliche Bereicherung und Vertiefung der psychiatrischen Symptomatologie in dankbarer Verehrung anerkennen müssen.

Wernicke kannte nicht, wie sein Biograph und Schüler Otto *Liepmann* gelegentlich sagte, »jene Lebensklugheit, die sich sagt, verdirb es nicht mit diesem oder jenem, es könnte dir schaden oder nützen. Wer ihm nicht gefiel, dem zeigte er es auch und bekämpfte ihn. Er beugte sich nicht, weder nach oben, noch nach unten, auch nicht nach rechts oder links. Er konnte rücksichtslos, ja schroff sein, und so erwuchsen ihm aus dem Übermaß dessen, was seine Größe bedingt, mancherlei schmerzliche Reibungen«; auch mit den Behörden der Stadt, sodaß es für beide Teile eine Erlösung war, als er 1904 einen Ruf nach Halle erhielt und annahm. Ein Jahr später fiel *Wernicke* auf der Höhe seiner Leistungskraft einem grausamen Zufall zum Opfer.

M. D. u. H.! Bei dem großen Einfluß, den nicht nur *Neumann,* sondern ganz besonders *Wernicke* auf die Entwicklung der deutschen Psychiatrie gewonnen haben, ist es verständlich, daß unser Verein einer Einladung an die Stätte ihres Wirkens stets mit besonderer Freude gefolgt ist. Seit dem Jahre 1913, wo wir zum letzten Male hier tagten, ist unser Vaterland von schweren Schicksalsschlägen getroffen worden. Alle deutschen Länder leiden, aber keines so schwer wie Schlesien, das vor 10 Jahren gegen alles Recht die reichsten Gebiete an Polen abtreten mußte. Ganz Deutschland nimmt Anteil an dem Geschick Schlesiens, mit Schmerz, aber auch mit Stolz. Mit Stolz auf die kraftvolle, patriotische Haltung, die seine Bevölkerung in schwerster Zeit gezeigt hat, mit Schmerz, weil sie ihr nicht gelohnt werden konnte. Trotz der Not der Zeit wollen wir aber nicht verzagen, sondern dankbar und hoffnungsfreudig uns erinnern, daß Breslau es war, von wo 1813 die Befrei- und Preußens ihren Ausgang nahm. —

Den Höhepunkt der geselligen Veranstaltungen bildete der Empfang der Vereinsmitglieder und ihrer Damen am 10. 4. abends durch die Stadt Breslau in dem durch Kerzen vornehm-mild erleuchteten Schloß Friedrichs des Großen, wobei ein zeitgemäß einfaches Abendbrot geboten wurde. Herr Stadtrat Landsberg hieß die Gäste im Namen des Herrn Oberbürgermeisters herzlich willkommen. Er erwähnte einen Breslauer Magistratserlaß aus der friderizianischen Zeit, der ein ganz klares Programm für eine moderne Irrenanstalt gibt, indem er sie als ein Krankenhaus bezeichnet, in dem die Kranken sicher verwahrt und der Besserung oder Heilung zugeführt werden. Dieser Erlaß ist sicherlich ganz aus dem Geiste Friedrich des Großen hervorgegangen. Die Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie werden es zu schätzen wissen, wenn sie heut nach Abschluß wichtiger Beratung einige festliche Stunden in Räumen

Digitized by Google

verbringen, in denen der Geist des großen Königs seinen künstlerischen Ausdruck gefunden hat.

Im Namen des Vorstandes des deutschen Vereins für Psychiatrie dankte Geheimrat *Meyer*-Königsberg für die herzliche Aufnahme, die die Mitglieder des Vereins in Breslau gefunden haben. Ganz besonders sind wir, so führte *M.* aus, erfreut, durch die Einladung in diese wundervollen Räume des Schlosses des großen und weisen Königs. Hier weilte der König während der schwersten Jahre seines Lebens, der Endzeit des Siebenjährigen Krieges. Hier rang er sich im engen inneren geistigen Verkehr mit den großen Weisen und Schriftstellern aller Zeiten, empor zu jener Höhe des Pflichtbewußtseins und der rastlosen Arbeit, wie sie uns sein Wesen verkörpern.

Wenn wir uns die Ziele der Psychiatrie, wie sie auch der jetzigen Tagung vorschweben, vor Augen führen, so wird vor allem die psychische Hygiene genannt. Und gedenken wir der steten unermüdlichen Fürsorge Friedrichs des Großen für die ihm anvertrauten Untertanen, so sehen wir, daß es sich eigentlich überall dabei um psychische Hygiene handelt. Ob er Gesetze und Bestimmungen für sein Stammland die Mark Brandenburg traf, ob er für Pommern sorgte oder für das ferne Ostpreußen, das sein Vater besonders aufgebaut hatte, ob er bedacht war für das Wohl der Bewohner des Netzedistrikts, die seiner so besonders bedurften, oder ob ihm das Juwel seiner Krone, Schlesien mit seiner Hauptstadt Breslau, am Herzen lag, überall war sein Walten psychische Hygiene im besten Sinne des Wortes.

Wenn wir heute in der schlesischen Hauptstadt tagen, so sind wir uns voll dessen bewußt, wie gerade die Provinz Schlesien für das Wohl der Kranken, denen wir unsere Lebensarbeit gewidmet haben, gesorgt hat und noch sorgt. Wir haben eben gehört und wissen es wohl zu würdigen, was die Stadt Breslau selbst alles für unsere Kranken getan hat, wie die Psychiatrische Klinik hierselbst aus dem einen ursprünglich städtischen Institut hervorgegangen ist und wie neben ihr die städtische Heilanstalt besteht, deren Tätigkeit wir hoch einschätzen, der wir auch manche wertvolle wissenschaftliche Arbeit verdanken. Wenn wir so des Vielen, was die Stadt Breslau im Laufe der Jahre für die psychisch Kranken vollbracht hat und trotz aller Not der Zeit noch vollbringt, in dieser Feierstunde in diesem herrlichen Festsaale des Großen Königs gedenken, so kommt uns wohl der Gedanke, daß nun der König aus seinen Privatgemächern zu uns herauskomme und unter uns weile. Wenn er dann hören würde, was so seine Haupt- und Residenzstadt Breslau geleistet hat, dann würde er gewiß voll Befriedigung mit seinem Krückstock aufstoßen und gern einstimmen in den Ruf, in dem wir unsere dankbaren Gefühle zusammenfassen: Die Stadt Breslau und ihre Vertreter sie leben hoch!

Endlich sprach noch Museumsdirektor Professor Dr. Hintze über die »Geschichte des Schlosses und seine Sammlungen«.

Friedrich der Große ist es, dem es seinen charakteristischen Ausbau zum Residenzschloß verdankt. Nunmehr Schloßmuseum geworden, knüpft sich der wichtigste Bestandteil der Sammlungen an Friedrichs großen Namen.

Bereits nach dem zweiten schlesischen Kriege, da Schlesiens innere Beziehung zu Preußen noch nicht gefestigt war, faßte der Monarch den Entschluß, sich in der Hauptstadt seiner neuen Provinz ein eigenes Residenzschloß zu bauen. Im Jahre 1750 kaufte er ein am Anfang des 18. Jahrhunderts entstandenes Adelspalais, dessen Fassade mit einem der größten

Digitized by Google

Baumeisternamen des österreichischen Barock, Lukas von Hildebrand, zusammengebracht wird. An dieses ließ er durch Boumann einen Flügel mit repräsentativ ausgestatteten Räumen anbauen. Mit der Ausführung des Baues und seiner Inneneinrichtung wurden die gleichen Kräfte betraut, die für ihn in Berlin und Potsdam arbeiteten. So kam das Potsdamer Rokoko in seinen besten Formen in das bisher barock-österreichische Schlesien. Mag auch in Breslau vieles wesentlich einfacher und sparsamer als in den friderizianischen Schlössern der märkischen Residenzen gehalten sein, der künstlerische Wert ist darum kein geringerer, der friderizianische Geist in seiner beherrschten Fülle nicht minder eindrucksvoll ausgeprägt. Die Einheitlichkeit und Geschlossenheit des Eindrucks verstärkt es noch, daß sich die friderizianische Einrichtung als Ganzes genommen nirgends so gut erhalten hat wie in Breslau.

Mit diesen künstlerischen Werten des Breslauer Schlosses verbinden sich unlöslich Schicksalsmomente der preußisch-deutschen Geschichte. Als Friedrich den Bau errichten ließ, hat er wohl nicht geahnt, daß er in den Wechselfällen des siebenjährigen Krieges oft gegen seinen Willen längere Zeit würde in Breslau verweilen müssen. Hier brachte er den sorgenvollen Winter 1761/62 zu, als er, von siegreichen Feinden umringt, kaum noch Hoffnung hatte, sich aus seiner verzweifelten Lage zu retten. Hier erhielt er die Nachricht vom Tode seiner erbittertsten Feindin, der Kaiserin Elisabeth von Rußland, und vier Wochen später war es in diesem Schlosse, daß er den russischen Unterhändler Gudowitsch, die »Taube mit dem Ölzweig des Friedens«, empfing, dessen Aufträge ihm den Rücken für die weitere Kriegsführung frei machten bis zum siegreichen Ende.

Und noch ein zweites Mal war im Jahre 1813 das Breslauer Schloß berufen, in den Mittelpunkt weltgeschichtlichen Geschehens zu treten. Im März des Jahres 1813 scharten sich hier um Friedrich Wilhelm III. all die vaterlandsbegeisterten Männer, die den König drängten, die unerträglich gewordene Last der französischen Fremdherrschaft abzuschütteln. Vom Breslauer Schloß ging am 17. März der Aufruf »An mein Volk« und »An mein Kriegsheer« aus. Damit ist für alle Zeiten das Breslauer Stadtschloß eines der Symbole preußisch-deutschen Wesens geworden.

Nicht minder eindrucksvoll sind die Erinnerungen, die das Breslauer Schloß mit der Wirtschaftsgeschichte Schlesiens unter Friedrich dem Großen verbinden. Nachdem sich der Preußenkönig in den ersten 23 Jahren seiner Regierung in harten Kämpfen den Besitz Schlesiens gesichert hatte, galten die folgenden 23 Jahre der wirtschaftlichen Förderung und Entwicklung des fruchtbaren und gewerbeeifrigen Landes, und es gibt kaum ein Wirtschaftsgebiet, das Friedrich mit seinem gewaltigen, allumfassenden Geist nicht in den Kreis seiner Wirksamkeit einbezogen hätte. Soweit sich dieses Werk gegenständlich in einem der Kunst gewidmeten Museum darstellen läßt, wird es uns in den einzelnen Räumen auf das anschaulichste vergegenwärtigt. Dort finden wir halbseidene Kaffeedecken als Erzeugnisse der von dem König in Schlesien eingeführten und eifrigst geförderten Damastweberei, die mit ihren figürlichen Szenen seine Taten verherrlichen. Zwei Räume erzählen von der Gründung großer Fayence- und Steingutfabriken. Eine herrliche und reichhaltige Sammlung von Gläsern preist die Bedeutung der Glasindustrie zu der Zeit, als Schlesien an Preußen kam. Endlich folgt eine große Sammlung von Eisenkunstgüssen, die in gleicher Reichhaltigkeit kein

Digitized by Google

anderes deutsches Museum aufzuweisen hat. Sie weckt Erinnerungen an das vielseitige Werk des großen Königs, weist hin auf die oberschlesischen Eisenindustrie, zu der Friedrich mit seinen Mitarbeitern Heinitz und Reden in genialer Voraussicht der späteren industriellen Bedeutsamkeit des Landes den Grund gelegt hat. Durch diese lebendig demonstrierte Verbindung der Museumsobjekte mit dem schlesischen Kultur- und Wirtschaftsleben der Vergangenheit ist das Breslauer Schloßmuseum berufen, nicht nur der Kunst im engeren Sinne zu dienen, sondern auf breitester Basis in eindrucksvollster Form ein Stück schlesischer Kultur- und Heimatgeschichte zu vergegenwärtigen.

Nach dieser Einführung in das an Erinnerungen so reiche Haus folgte ein Rundgang durch die einzelnen Räume, die bei allen Teilnehmern den größten Beifall fanden. —

Nach Autorreferaten und Sitzungsprotokollen zusammengestellt von *G. Ilberg* (Dresden).

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Morgenthaler, W. Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Bern, Huber 1930. XVIII u. 283 S., 89 Abbildungen. Leinenband M. 12.—.

Das im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie verfaßte Werk ist als Lehrbuch, als Hilfsmittel zur Vorbereitung auf die Prüfung und als Nachschlagewerk bestimmt, dabei aber auch als Erziehungsbuch, das die vom Beruf geforderten Charaktereigenschaften zum Bewußtsein bringen und fördern will. *M.* war für seine Aufgabe besonders geeignet, da er sich selbst schon immer mit Personalfragen beschäftigte. Um den reichen und vielseitigen Inhalt kurz anzudeuten, so wird eingangs die Anatomie und Physiologie des Nervensystems besprochen, die Rolle der Drüsen gestreift und kurz auf die Körperbautypen hingewiesen. Auf eine Erklärung psychologischer Grundbegriffe folgt eine anregende Auseinandersetzung der den Beruf des Pflegers betreffenden Fragen und dann eine übersichtliche Schilderung der Ursachen, der Symptome und des Verlaufs der Gemüts- und Geisteskrankheiten erst im Allgemeinen, dann im Speziellen. Die Beschreibung der Einrichtungen und des Betriebs einer Anstalt führt zu einer eingehenden, wie alle Teile des Buchs durch instruktive Abbildungen unterstützten Darlegung der Tätigkeit und Pflichten des Pflegepersonals, wobei alle in Frage kommenden Punkte systematisch erörtert werden, auch z. B. die Rolle des Pflegers bei der künstlichen Ernährung, bei der Lumbalpunktion, bei der Beschäftigungsbehandlung usw. In dem Kapitel über soziale Fürsorge werden Hilfsvereine, Familienpflege, offene Fürsorge und die anderen Zweige der Fürsorge behandelt. Nach einem Abschnitt über psychische Hygiene wird schließlich auch die Geschichte der Psychiatrie kurz skizziert. Der Anhang bringt nähere Angaben über den Beruf in der Schweiz, den Lehrplan für die Ausbildung, die Prüfungsvorschriften und ein Verzeichnis einschlägiger Literatur. Wie schon diese Übersicht ergibt, bietet das Buch sehr viel, setzt aber auch allerhand an Allgemeinbildung und Interesse für den speziellen Beruf voraus. Es ist zu wünschen, daß es im ganzen deutschen Sprachgebiet weitere Verbreitung findet und so dazu beiträgt, die Ausbildung des Pflegepersonals immer mehr zu heben. *Jolly.*

Arnold Gesell: Körperseelische Entwicklung in der frühen Kindheit. Übersetzung ins Deutsche. Halle a. d. S., Carl Marhold. 1931. 378 S., 56 Abb., 42 Kurven, 17 Tabellen. Mk. 14.60, geb. Mk. 16.50.

Das Buch will zeigen, wie man das geistige Wachstum des Kindes erforschen, abwarten und vorherbestimmen kann, wobei nicht nur die Intelligenz im üblichen Sinne, sondern das ganze Verhalten getrennt nach Motorik, Sprache, Anpassung und sozialem Verhalten berücksichtigt wird. Die behavioristische Grundlage ist unverkennbar, erscheint aber für das Erfassen der frühkindlichen Seele als die gegebene Methode. Man wird an *Preyer* und

Digitized by Google

seine Nachfolger erinnert, findet jedoch hier viel Neues und Weitergreifendes. Durchaus originell ausgearbeitet ist die Untersuchungsmethode. Alles ist in großem Stil aufgezogen, Geldmittel spielen keine Rolle. Die Kinder werden in besonders eingerichteten Räumen beobachtet, in einem »klinischen Spielstall« oder sogar in einem kleinen Häuschen von 91×61 cm Größe, wo sie sich zwanglos bewegen und am Spielzeug betätigen können. Die Beobachtung erfolgt durch einen Schirm, der nur in einer Richtung durchsichtig ist, so daß die Beobachter das Kind, dieses aber nicht jene sehen kann. Zu den in reichem Maße verwendeten photographischen Aufnahmen wird ein eigenes kuppelförmiges Observatorium benutzt. Verf. entwirft nun eine Skala des normalen Verhaltens der einzelnen Altersstufen und führt ihre Verwendung an Beispielen vor. Zur übersichtlichen Darstellung gibt er eine graphische Methode an. Er bespricht dann im einzelnen die für das geistige Wachstum bedeutungsvollen Faktoren, schildert die verzögerte und atypische Entwicklung nebst ihren Ursachen, sowie die ungewöhnlich hohe Begabung. Besondere Kapitel befassen sich mit dem Einfluß der inneren Drüsen und der Ernährung, mit Vererbung, Zwillingsbildung, der Bedeutung des Zeichnens als Index für den Fortschritt u. a. Gewissermaßen den Gipfel des Ganzen bildet die Aufstellung einer Prognose für das geistige Wachstum. Man sieht, der Inhalt des Buches ist äußerst reichhaltig. Es ist von großen Gesichtspunkten geleitet und vertieft sich in die feinsten Einzelheiten. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich, die Darstellung geschickt. Gute Abbildungen erläutern den Text. Auch deutsche Forscher, die mit einfacheren Mitteln arbeiten müssen, finden hier einen vorzüglichen Führer.

H. Müller.

Zur Psychoanalyse. Der Arzt, der den Zustand eines kranken Menschen ergründen will, muß eine Untersuchung der einzelnen Teile des Seelenlebens vornehmen, er muß also die Psyche analysieren. Eine Gruppe von Ärzten hat nun eine neue Psychoanalyse für sich in Anspruch genommen und folgt bei Untersuchung und Behandlung einer bestimmten Schule, die ihre Lehren seit Jahren immer weiter ausgebreitet hat. Die Lehren dieser Psychoanalytiker sind immer populärer geworden. Schon in Mittelstädten kündigten sich Spezialärzte für Psychoanalyse an. Auch viele Ärzte, die diese Sache nicht länger nachprüfen konnten, legen ihr, aus Sorge sonst als veraltet zu gelten, große Bedeutung bei. *Bumke* hat in seinem Vortrag, den er 1930 in Königsberg hielt, und der in erweitertem Maße kürzlich als Broschüre bei *Springer* erschienen ist, vom philosophischen und psychologischen Standpunkt die neue Lehre in vielen Punkten bekämpft und vor allem die Annahme von einem selbständigen Denken des Unterbewußtseins als völlig unbewiesen bezeichnet. — Im Augustheft 1931 haben nun die Süddeutschen Monatshefte namhaften Gelehrten das Wort gegeben, um auch den gebildeten Laien über die *Freud*sche Lehre zu unterrichten. Es war berechtigt, diese kritischen Aufsätze, die unter der Überschrift »Gegen Psychoanalyse« zusammengefaßt sind, nicht lediglich in einer Fachzeitschrift zu veröffentlichen, weil ja die zahlreichen Schriften *Freud*s und seiner Schüler ebenfalls für die Kreise von Nichtmedizinern abgestimmt sind. Trotz der ablehnenden Haltung der Autoren, deren Aufsätze in folgendem besprochen werden sollen, ist von vornherein zu erwähnen, daß die meisten der zu Worte

Digitized by Google

kommenden Fachmänner den anfänglichen Gedanken der Psychoanalyse Anerkennung nicht versagen.

Hoche-Freiburg: Die psychoanalytische Bewegung im Rahmen der Geistesgeschichte. *H.* verkennt nicht, daß *Freud* Material dafür zusammengebracht hat, daß bei der Gestaltung von Fehlleistungen (versprechen, verhören, vergessen, verlegen) Mächte aus dem Unbewußten mitwirken; damit sei aber über die tatsächlichen Hintergrundsvorgänge noch nichts ausgesagt. Eine Hauptstütze der psychoanalytischen Lehre bilde die Traumdeutung. Wenn *Freud* die Bilder des Traumes als sinnvoll bezeichnet, wenn er behauptet, daß sie uneingestandene Wünsche zum Ausdruck bringen, die symbolisch verstanden werden müßten, und daß hinter dem Trauminhalt, der in der Erinnerung behalten werde, der unbewußte »latente Trauminhalt« stehe, welcher eine unbewußte innerliche Zensur passieren müsse, ehe er zum Traum werde, so häufe *Freud* unbewiesene und unbeweisbare Behauptungen. Schon die Tatsache vom symbolischen Charakter des Geträumten öffne der Deutung des Symbols die größte Willkür. Tatsächlich wüßten wir von unseren Träumen beim Erwachen nur noch einen Bruchteil, der rasch zerfließe. Das Tageswissen um die seelischen Vorgänge im Schlaf sei eben keine brauchbare Wiedergabe des Geträumten. Die Traumdeutung sei der schwächste Teil der psychoanalytischen Lehre. — Normalerweise werde man mit Gemütsbewegungen und peinlichen Denkvorgängen (Komplexen), die sich an unangenehme äußere und innere Erlebnisse anschließen, irgendwie fertig: durch einen Zornausbruch, durch Erwiderung einer Beleidigung oder dergl. Es sei nicht haltbar, wenn *Freud* lehre, man verdränge den Affekt, der nicht abreagiert werde, ins Unbewußte (namentlich sexuelle Erlebnisse), wo er zunächst dem Ich entzogen weiterlebe und sich eventl. erst nach Jahrzehnten als Nervenkrankheit bemerkbar mache; nur durch Analyse der Psyche könne man diese Nervenkrankheit heilen, und zwar dadurch, daß man einen alten eingeklemmten Affekt suche, finde und durch die Möglichkeit freien Aussprechens beseitige. Als gänzlich unbewiesen bezeichnet es *Hoche*, daß jemals jemand auf dem Wege der Verdrängung alter Affekte krank geworden sei. Nervöse und psychische Störungen kämen doch in der Regel nicht auf psychologischem Wege zustande, sondern sie seien fast immer schicksalsmäßig von Uranlage an bestimmte Ereignisse. Krankwerden und Nichtfertigwerden mit Gemütsbewegungen stehen nach *Hoche* nicht in ursächlichem Verhältnis zueinander, sondern sind Zweige desselben Stammes. — Die immer mit dogmatischer Bestimmtheit vorgetragenen Behauptungen der Psychoanalytiker seien teils offenkundig falsch, teils unbewiesen; sie stellten erst die Überzeugung von Tatsachen dar, welche ihre Beleuchtung und Deutung aus der vorher schon bestehenden Meinung beziehen. Die Lehre vom Unbewußten sei bei ihrer Unbestimmtheit ein verlockendes Feld für dialektische Kunstgriffe, aber wir wüßten nichts vom Unbewußtsein und könnten nichts davon wissen. Die Erfolge *Freuds* seien durch die ungewöhnliche Suggestibilität seiner Darstellung erklärbar. Unmerkbar lasse er neue Begriffe sich einschleichen, die sich aber logisch aus dem Vorhergehenden nicht ergeben, setze die Vorstellbarkeit eines Vorganges gleich mit seiner Wirklichkeit und verwechsele Möglichkeit mit Sicherheit, Vergleichbarkeit mit Identität. Der Inhalt der »Komplexe« war wohlbekannt, ebenso, daß starre, gefühlsbetonte Gedankengänge eine beherrschende Stelle im Seelenleben einnehmen, das ganze Sein zerstören,

Digitized by Google

in schwere Konflikte äußerlicher und innerlicher Art führen können. Geradezu als genial bezeichnet *Hoche* die Gabe *Freuds*, für alle Dinge neue Worte von zündender Schlagwortwirkung zu prägen — aber neue Worte bedeuten noch keineswegs eine neue Einsicht. Heute schon erkennt *H.* in der psychoanalytischen Bewegung verfallene Züge. Ihr Ende werde da sein, sobald die Hilfesuchenden merken, daß die Psychoanalyse nicht mehr leistet, als andere Methoden auch, daß sie Heilbare heilt und Unheilbare ungeheilt läßt.

Allers-Wien: Die weltanschaulichen Voraussetzungen der Psychoanalyse. A. kann die Psychoanalyse nur als einen in seiner Folgerichtigkeit bis zum Extrem gesteigerten materialistischen Naturalismus ansprechen. Die Psychoanalyse und die Gesellschaftstheorien eines *Marx* gehörten der Struktur nach eng zusammen. Das Material — da die Triebe, dort die Wirtschaft — bedeute beiden das Eigentliche, aus dem sich das Höhere als über uns (durch Sublimierung) entwickele, ohne einen eigenen Bestand, einen eigenen Sinn zu besitzen. Keineswegs sei die Frage, wie man sich zur Psychoanalyse stelle, eine Frage bloßer Wissenschaftlichkeit. Es gehe nicht um Anerkennung oder Ablehnung einer mehr oder weniger einleuchtenden Theorie oder einer mehr oder weniger erfolgreichen Methode der Krankenbehandlung, sondern darum, wie der Mensch, sein Wesen und seine Stellung im Reich des Seienden überhaupt gesehen werde. Der Kampf gegen die Psychoanalyse sei somit der Kampf um das Ewige im Menschen, Stellungnahme für oder gegen die Seele, für oder gegen das Ideal.

Maylan-München: Die Psychoanalyse am Scheidewege. *M.* erkennt an, daß *Freuds* Genie die fruchtbare Möglichkeit geschaffen habe, die körperlichen Krankheitssymptome und die depressiven und sprunghaften Fehlleistungen nervöser Leiden auf einen psychischen Faktor als ihre Ursache zurückzuführen. Dem Therapeuten seien diese als Wegweiser zu den psychischen Gründen der wirklichen, im Unbewußten gelegenen Krankheitsursachen willkommen, da von hier aus das gesamte Problem der seelischen Erkrankungen und ihrer geistigen Gesundung durch richtige Erkenntnis neuartig und überraschend aufgerollt und zu lebendiger Wirklichkeit geführt werden könne. Das sei eine neue Auffassung vom psychischen Geschehen und seinem kranken Ausdruck und der Beginn einer neuen Ära therapeutischer Bemühungen. Freud habe die Tatsache der kindlichen Sexualität entdeckt und aus ihr seine trotz aller Einseitigkeit bahnbrechende, analytisch sexuelle Theorie entwickelt. Die Angst vor dem Vater, die den Hauptakzent des Ödipus-Komplexes bildet und im Mittelpunkt der Lehre *Freuds* steht, sei lebendige Erfahrung, die im seelischen Haushalt jedes Kulturmenschen die größte Rolle spielt. Daß *Freud* aber im Ödipus-Komplex steckengeblieben sei, sei auf seine schicksalshafte Gebundenheit an eine letzten Endes moralische Weltanschauung zurückzuführen. Seine Lehre sei ausgezeichnet durch Angst vor dem Vater und Rache gegen ihn und damit gegen alles Obere, das der Vater repräsentiert. Dieser Affekt bezeichne die unheilvolle »nervöse« Krankheit, deren Erkenntnis zu dem an Gesundung und Leben Verzweifelnden gelange, deren Lösung aber erst aus der Kraft einer tief verstehenden Liebe gewonnen werden könne. In seinem Ursprung sei *Freuds* geniales Werk geboren aus dem Wunsch nach Auflösung aller formenden Bindungen im Bereich seelischer Entfaltungsmöglichkeiten und aus der unversöhnlichen Rache an den gelungeneren, glücklicheren »oberen« Menschen und den ihnen zuge-

Digitized by Google

hörigen Lebenswerten. Die Lehre *Freuds* müsse über das Vermögen seines Stifters hinaus ausgebaut und einem organischen Gesamtplan organisch eingefügt werden. Der Ausdeutungs- und Vollzugsmöglichkeit des materialistischen Analytikers stehe die ganz andersartige Deutung und Benutzung desselben analytischen Gedankens nach dem Sinn des intuitiven Synthetikers gegenüber. Dessen bedürfe es, um das drohende Übel einer rationalistisch abbauenden Analyse zu bannen. In ihrer geistigen Form sei der Psychoanalyse vielleicht noch eine große Zukunft beschieden; sie könne der längst geübten Technik des orientalischen Denkens ebenbürtig eine europäische Technik zu unserer geistigen Wesentlich-Werdung darstellen. Der pschoanalytische Materialismus der *Freud*schen Schule, der sich selber letzten Endes Inhalt und oberste Instanz sei, stehe auf dem Boden eines konstruktiv vorgehenden Rationalismus. Im Gegensatz hierzu nähme der synthetische Mensch den Ausgangspunkt seiner Beobachtungen und Gestaltungen von der in ihm schlummernden bildhaften Idee, dem geistigen Urbild seiner mystischen Krankheit, ihm bedeuten die analytisch erkannten materiellen Tatsachen nur eine vernunftgerechte Symbolik für das der Menschheit tief vererbte mystische Weisheitsgut von den ewigen Rätseln um Vergehen und Werden.

Friedländer-Freiburg: Die psychoanalytische Therapie. *F.* bekämpft die Behauptung *Freuds* und seiner Schüler, daß nur die Psychoanalyse imstande sei, Neurosen (und Psychosen) zu heilen, sie ursächlich zu behandeln. Sogar Psychoanalytiker hätten diese anfänglich von der *Freud*-Schule verkündete Allmacht der psychoanalytischen Behandlung wesentlich eingeschränkt. Zwar vermöge die Psychoanalyse Neurosen zu heilen, »alleinheilend« sei sie nicht. Die Psychoanalyse sei eine der möglichen Behandlungsarten. In gewissen Fällen könne man mit der Psychoanalyse in die tiefste Seelenschicht gelangen. In anderen Fällen gelinge dies durch die Hypnose. In manchen Fällen ließen Psychoanalyse und Hypnose im Stich und es gelänge eine seelische Umstellung mittels der individuellen Psychologie, der Willensbildung, der Tröstung, der Zielsetzung und anderer Hilfen, die, wenn sie oft wohl nur als Ersatz (»Sublimierung«) wirkten, den Menschen wieder arbeits- und lebensfähig machten. *F.* nennt mit verschiedenen Anhängern die Psychoanalyse den Pansexualismus, die übertriebene Bewertung des Sexuellen.

Placzek-Berlin: Gefahren der psychoanalytischen Behandlung. Die Ausdehnung der Behandlung, die oft bis zur frühesten Kindheit vordringe, bezeichnet Pl. als oft sinnlos und gefahrvoll; soll doch die Behandlung restlos durchgeführt werden, auch wenn viele Monate, selbst Jahre dazu benötigt würden. Geradezu verhängnisvoll sei die Behandlungstechnik. *Raimann* hat es nicht für übertrieben erklärt, daß nichts zwischen Himmel und Erde existiere, was nicht ein *Freud*-Schüler als sexuelles Symbol ausdeutet. Von der Wiege bis zum Grabe gäbe es nur einen Trieb: die Sexualität. *Pl.* sagt, daß diese Methode, die auch beim Kind in jeder Lebensäußerung sexuelle Triebregungen zu finden vermeint, in der kindlichen, noch unberührten Phantasie großes Unheil anrichte. Daß sexuelle Erlebnisse in früher Jugend für die sexuelle Eigenart richtunggebend sein können, wisse man seit langem, aber keineswegs müßten sie es sein. Und selbst wenn Psychoanalytiker in sexuellen Jugenderlebnissen die alleinige Ursache vermuten, sei es frivol, sexuelle Dinge in Kinder hineinzufragen und mehr als zweifelhafte Erlebnisse schran-

Digitized by Google

kenlos in diesem Sinne auszudeuten. Ebenso sei aber auch für Erwachsene die Aufpeitschung sexueller Gedanken und Triebneigungen eine weitere Gefahrenmöglichkeit. Der Ödipus-Komplex fahre, wie *Hoche* erfreulich bemerkt, in der Literatur herum wie der Fliegende Holländer auf den Meeren; jeder spricht von ihm, einige glauben an ihn, aber niemand hat ihn gesehen. — Naivgläubigen müsse die Neigung *Freuds*, hinter allen Vorstellungen des Traumes sexuelle Wünsche zu finden und in ihm sexuelle Symbole zu entdecken, großen Schaden bringen. Protestieren müsse jeder Arzt mit *Raimann* dagegen, daß Jugendliche oder gar Kinder in dieser Weise sexuell psychoanalytisch mißhandelt würden. Die Hauptgefahr der Psychoanalyse sei aber darin zu sehen, daß sie auch durch Laien betätigt werde; die Laien-Psychoanalytiker hängen ihre Schilder heraus, kurieren darauf los und ihre Tätigkeit blühe und gedeihe. Und Meister *Freud* habe den Laien ausdrücklich ein Recht zur psychoanalytischen Behandlung zugestanden. Es sei besonders bedauerlich, daß *Freud* alle diese Gefahren der Psychoanalyse nicht selbst zu hindern suche, da er doch ein ungewöhnlich neuschöpferischer Denker sei, dessen Verdienst um eine scharfsinnige Aufklärung von bislang kaum beachteten Seelenzuständen trotz allem anerkannt werden müsse. *Freud* habe der Psychologie einen wesentlichen Antrieb gegeben. Allerdings müsse aus wissenschaftlicher Gerechtigkeit betont werden, daß er nur ausgestaltet habe, was die katholische Kirche auf Grund ihrer überragenden Menschenkenntnis in der Beichte schon längst gegeben habe: nämlich die aus Selbsterkenntnis entstehende Selbstbeseitigung drückender, bewußter und »unbewußter« Seelenkonflikte.

Helene Klepetar-Wien: Erinnerungen einer Patientin. Eine intelligente Patientin veröffentlicht hier interessante Erinnerungen über eine 2jährige, vergebliche psychoanalytische Kur. Da sie ihrer Mutter anhing und dem vielbeschäftigten Vater ferne stand, erklärte man sie für bisexuell. Da sie, von der Wärterin vielleicht zu peinlich gepflegt, ein reinlich gehaltenes Kind war, erkannte man sie als Anal-Charakter. Sie habe von Libido, erogenen Zonen, Unbewußtem, sexueller Blütezeit des Säuglings, von Pubertätskrise, Elternhaß (weil sie die Mutter liebte, »haßte sie sie innerlich«), Exibitions- und Schaulust hören müssen und habe — eine schwere Neurose bekommen. Die Psychoanalyse, schreibt *K.*, sei gewiß eine Erkenntnis, aber keine Therapie d. h. nur etwa die einer Schicht. Während die Natur dem Menschen den Schutz und die Gnade des Vergessens geschenkt habe, reiße die Analyse alles auf, wie etwa die Borke von einer verharrschenden Wunde.

Aschaffenburg-Köln: Psychoanalyse und Strafrecht. *A.* geht davon aus, daß von der staatlichen Gegenwirkung gegen strafbare Handlungen nur dann Erfolg erwartet werden könne, wenn die Mängel der Persönlichkeit und die sonstigen zum Verbrechen führenden Bedingungen in vollem Umfang erfaßt werden. Er hat sich daher die Frage vorgelegt, ob vielleicht auch die Tiefenpsychologie *Freuds* wertvolle Einsicht geben kann, die es gestattet, die Mächte und den Zweck eines Verbrechens sowie vor allem den Charakter eines Rechtsbrechers zu erfassen. Wenn von Psychoanalytikern der Ödipus-Komplex zur Motivierung einer sonst unverstandenen Tat herangezogen werde, gehöre das zu den vielen unbewiesenen und wohl auch unbeweisbaren Behauptungen, daß gelegentlich auftretende Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Kindern auf sexueller Verdrängung

Digitized by Google

beruhten. Mögen diese und andere Theorien auf einzelne Fälle zutreffen, ihre von den Psychoanalytikern gelehrte Verallgemeinerung müsse für das ganze Strafrecht verhängnisvoll werden, wenn man hierdurch nicht auffindbare Motive ersetzen wolle. *A.* erwähnt einige Behauptungen *Theodor Reiks* in seinem Buch: »Geständniszwang und Strafbedürfnis«, und des Rechtsanwalts *Staub* in dessen Aufsatz: »Verbrecher aus Schuldgefühl«, d. s. solche Verbrecher, welche es unbewußt darauf anlegen, abgefaßt zu werden. Besonders grotesk sei die Zurückführung der Kleptomanie bei Frauen auf den Penisneid in der Kindheit und gar die Annahme einer sadistischen Triebkomponente beim Richter, die sich soziologisch in höchst unzweckmäßiger Form auslebe. Alle solche Entgleisungen könnte man vielleicht noch in Kauf nehmen, wenn die psychoanalytische Behandlung wirklich imstande wäre, zu Verbrechen neigende Persönlichkeiten zu heilen. Aber trotz der umfangreichen und zahlreichen Veröffentlichungen ihrer Anhänger fehlten die Beweise für die kühnen Behauptungen *Freuds* und seiner Schüler. Die Psychoanalyse schenke den vererbten angeborenen Eigenschaften zu geringe Beachtung und überschätze die gestaltenden Einflüsse von Erziehung, Umwelt und Lebenserfahrung. Im Interesse der so notwendigen Erfassung der Eigenart jedes einzelnen Verbrechers und im Interesse einer zielbewußten Kriminalpolitik müsse man Front machen gegen eine Methode, die glaube, Tiefenpsychologie zu treiben und in Wirklichkeit nur zur Verflachung und in die Irre geführt habe. — Unsere Bemühungen im Kampf gegen das Verbrechertum würden in Zukunft immer mehr vom Gerichtssaal in den Strafvollzug, vom Richter in die Hand des Strafvollzugsbeamten übergehen. Die Strafe müsse immer mehr der Persönlichkeit des Verbrechers angepaßt werden und die Bestimmung der Strafdauer den erreichbaren und erreichten Strafwirkungen. Die Psychoanalyse im *Freud*schen Sinne sei aber nicht geeignet, zuverlässig das Wesen jedes einzelnen Verbrechers zu erkennen. Deshalb müsse ihre Hilfe in der Strafrechtspflege abgelehnt werden. —

Auch für die Leser dieser Zeitschrift wird es von großem Interesse sein, weitere möglichst auf Erfahrung ruhende Urteile für und gegen die Psychoanalyse zu vernehmen. *G. Ilberg.*

Preisausschreibung. Der Unterausschuß für psychische Hygiene der österreichischen Gesellschaft für Gesundheitspflege in Wien gibt auf Grund einer von Frau Emmy Medinger für diesen Zweck veranstalteten Sammlung folgende Preisausschreibung bekannt:

Zur Verleihung gelangen zwei Preise in der Höhe von 2.000 S und 1.000 S für die besten von Ärzten verfaßten Schriften, die sich in kurzer (Höchstausmaß vier Druckbogen), auch für Laien leicht faßlicher Art mit dem Problem der Pflege und des Umganges mit nicht mehr anstaltsbedürftigen psychisch Kranken oder Abnormen befassen und hierzu die besten Anleitungen geben, namentlich auch den jeweiligen Krankheitszustand dem gesunden Seelenleben gegenüberstellen. Das Hauptgewicht wäre auf schizophrene Zustandsbilder zu legen. Bereits erschienene einschlägige Arbeiten können nur dann zugelassen werden, wenn ihre Drucklegung nach dem 1. Januar 1929 erfolgt ist.

Das für die Verleihung der Preise gewählte Kollegium besteht aus den Herren: Prof. Dr. *Wagner-Jauregg,* Prof. Dr. *Josef Berze,* Doz. Dr. *Karl Groß,* Doz. Dr. *Heinrich Kogerer* und Direktor Dr. *Alfred Mauczka.*

Digitized by Google

Die mit einem Kennzeichen versehenen Arbeiten sind bis Ende Oktober 1932 gedruckt oder in Maschinenschrift an Prof. Dr. *Josef Berze*, Wien I, Zelinkagasse Nr. 9 einzusenden. Der Name des Verfassers ist in einem geschlossenen Briefumschlag, der das gleiche Kennzeichen trägt wie die Arbeit, beizulegen. Nicht in deutscher Sprache abgefaßte Arbeiten bedürfen einer beglaubigten deutschen Übersetzung.

Personalia.

Nekrolog *Hoppe*: Am 19. März 1931 verstarb *Joseph Hoppe*, *Konrad Alts* hervorragendster und bekanntester Schüler und Mitarbeiter. *Hoppe* wurde am 19. Juli 1870 als Sohn eines Mittelschulrektors in Thorn geboren, woselbst er das Gymnasium durchlief; er studierte in Leipzig und Berlin Medizin, war alsdann zunächst Assistenzarzt an einigen charitativen psychiatrischen Anstalten und kam im Dezember 1897 nach Uchtspringe; dort wurde er 1899 Oberarzt, 1912 1. Oberarzt und stellvertretender Direktor; bereits 1913 erhielt er den Titel Sanitätsrat; zahlreiche hohe Ordensauszeichnungen wurden ihm in Anerkennung seiner wissenschaftlichen und soldatischen Leistungen zu Teil (von Anbeginn bis zum Ende des Krieges war er als Stabsarzt der Reserve ohne Unterbrechung im Felde); im November 1920 ging *Hoppe* wegen gichtisch-rheumatischen Leidens in den Ruhestand und ließ sich in Allenstein (Ostpreußen) als Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten nieder; hier verschied er urämisch-hydropisch nach qualvollem Todeskampf.

Hoppe war eine ausgesprochene Forschernatur und ein begnadeter physiologischer Chemiker; den großangelegten Plan *Konrad Alts*, aus der Untersuchung des Stoffwechsels Nerven- und Geisteskranker diagnostische Hilfen sowie therapeutische Wege und Kontrollen zu gewinnen, suchte *Hoppe* in treuester, geradezu aufopfernder Mitarbeit, die ihn in manchen Punkten zum Führer werden ließ, zu verwirklichen; bei zahlreichen Erkrankungen untersuchte er Ausscheidung und intermediäres Verhalten von verschiedensten chemischen Stoffen, auch von Nahrungs- und Arzneimitteln; groß ist die Zahl seiner Veröffentlichungen, die sämtlich wertvoll, zum Teil grundlegend sind; an den Teilergebnissen dieser *Alt-Hoppe*schen Bestrebungen wird eine spätere psychiatrisch-neurologische Stoffwechselforschung niemals vorübergehen können.

Besondere Verdienste erwarb sich *Hoppe* um die Einführung des Salvarsans in die menschliche Therapie; *Hoppe* und in dessen geistiger Gefolgschaft *Wittneben* (damals Assistenzarzt in Uchtspringe, jetzt leitender Arzt an den Anstalten Hephata-Treysa) hatten den heroischen Mut, sich gegenseitig zu Versuchszwecken Salvarsanlösung einzuspritzen, als das Mittel noch in keines Menschen Körper einverleibt war und wenige Tage vorher in Uchtspringe ein Todesfall nach Arsenophenylglycin (dem von *Ehrlich* konstruierten Vorläufer des Salvarsans) sich ereignet hatte; weiterhin arbeitete *Hoppe* erfolgreich an der Verbesserung der Lösungs- und Injektionstechnik des Salvarsans sowie an der Erforschung der Arsenausscheidung aus dem Körper, ferner (gemeinsam mit *Schreiber*, Magdeburg) an der Ausarbeitung und Propagierung der intravenösen Injektion.

In der Geschichte der Medizin wird *Hoppe* fortleben; und alle, die ihn persönlich gekannt haben, werden diese vornehm gesinnte, menschenfreundliche, humorvolle, herzgewinnende Bohème-Natur in lieber, unverlöschlicher Erinnerung bewahren. *Bufe*, Allenberg.

Digitized by Google

Ein Schema des präkategorialen Denkens.

Von

Dr. **Berndt Götz,**

Oberarzt a. d. Anstalt Wuhlgarten-Berlin (Direktor San.-R. Dr. Heinze).

Wenn ich den Werdegang der vorliegenden Niederschrift mir vergegenwärtige, so muß ich als ihre letzte, auslösende Ursache die Besprechung eines *Levy-Bruhl*schen Werkes[1]) betrachten, welche *K. Th. Preuß* im Bäßler-Archiv 1931 publizierte. Aus dem reichen Schatz seiner ethnologischen Erfahrungen konnte *Preuß* daran erinnern, daß und wie die wissenschaftlichen Auffassungen vom Seelenleben der Primitiven sich in den letzten Jahrzehnten wandelten. Noch *K. v. d. Steinen* schilderte die Naturvölker »als durchaus rationale Denker, welche mit unbeirrbaren Instinkten ihr Wohlergehen verfolgten und alles Magische — nur nebenbei betrieben«. *Preuß* selbst meint, daß jenes Magisch-Religiöse — und um dies handle es sich doch bei *Levy-Bruhl* — eine Sache für sich bildet und nicht immer wie ein Bleigewicht dem »natürlichen Verhalten« anhänge. Es sei doch gar nicht das »gewöhnliche Denken«, worin sich die Primitiven von uns unterscheiden, sondern die Beschäftigung mit dem Metaphysischen, Übernatürlichen. Obzwar sie hiervon nur mangelhafte Kenntnisse besäßen, so beeinflußt diese Armut keineswegs ihr Leben in nennenswertem Maße. *Levy-Bruhl* wird von *Preuß* als Philosoph bezeichnet, und gerade diese zutreffende Bemerkung veranlaßt mich als Psychologen und Psychiater, das Seelenleben der Naturvölker zum Gegenstand wenigstens einer kurzen systematischen Untersuchung zu machen, welche übrigens nach *Preuß* in der Ethnologie ohnehin fehlt.

Bevor ich dem Gegenstande selbst mich zuwende, halte ich einige Erklärungen für wünschenswert. Als Psychologe kann man nicht anerkennen ein auf das Metaphysische gerichtetes Denken, welches sich von jedem anderen Denken grundsätzlich unterscheidet, höchstens damit in einem gewissen, von *Preuß* beiläufig nicht

[1]) *Levy-Bruhl:* Die Seele der Primitiven. Wilhelm Braumüller, Wien. 1930.

Digitized by Google

näher bezeichneten, Zusammenhang stehen soll. Die Vokabel Metaphysik bereitet innerhalb des ganzen Arbeitsgebiets mir wenig Freude und würde, falls gestrichen, nicht sehr fehlen. Damit erledigt sich ja auch eine Kontroverse über unsere richtige Metaphysik und die falsche der Primitiven. Ich halte die Einführung einer selbst höchst deutungsbedürftigen Größe (Metaphysik) in eine an sich schon komplizierte Rechnung nicht für glücklich und hoffe, auch ohne Metaphysik die psychologischen Tatbestände — denn um solche handelt es sich einzig und allein — ausreichend zu klären.

Ethnologische, psychologische und psychiatrische Untersuchungen bestimmen meinen Weg. Das Studium der inländischen Folklore, der deutschen Volkskunde, belehrte mich darüber, daß die sogenannten »Naturvölker« nichts, aber auch nichts Besonderes aufweisen, was nicht einer hiesigen ethnischen Gegebenheit vollauf entspräche. Keinen Zauber, kein Symbol, keine Abartigkeit des Icherlebnisses, keine kultische Situation wird uns von der Völkerkunde berichtet, von der die Volkskunde nicht gleichfalls allerlei wüßte. Fühlt sich der Australier »entseelt«, wenn man ihm das Nierenfett raubt, so gibt es hierzulande den Riesen, der sein Herz nicht bei sich trägt. — Seit geraumer Zeit habe ich es mir daher zur Regel gemacht, die oft sehr temperamentvollen Debatten felderfahrener Ethnologen nicht allzu gewichtig zu nehmen, habe den Streit über die Zuverlässigkeit dieser oder jener Aufzeichnungen en bagatelle behandelt, sobald mir verbürgte hiesige Phänomene gleichen psychologischen Wertes zur Verfügung standen. Diese zu ergründen erachtete ich dann als dringlichere psychologische Aufgabe. — Wenn nun Völker mit mehr oder minder urtümlichen Wirtschaftsformen im Eigentlichen ihres Seelenlebens, im Dynamischen, sich von uns, dem wirtschaftlich hoch entwickelten Volke, kaum unterscheiden, wenn gewisse psychische Ganzheiten allenthalben sich gleichen, so ergibt sich m. E. die Notwendigkeit, der psychologischen Betrachtungsweise vor der soziologischen den Primat einzuräumen.

Auch die Kenntnis der psychischen Defektivzustände erfüllte mich mit der Gewißheit, daß seelische Phänomene (mithin auch die der Primitiven) nicht von außen her, also »materialistisch«, sondern von innen heraus, also entwicklungspsychologisch zu ergründen seien. Frühere Publikationen, in denen ich meine von der *Freud*schen Auffassung sich wesentlich unterscheidende eigene darlege, erweisen zur Genüge, daß ich der Psychoanalyse methodologisch manches verdanke; die dort übliche stereotype Gleichsetzung ethnischer und pathopsychologischer Umstände mache ich mir allerdings nicht zu eigen; vor allem trennt mich von den

Digitized by Google

Psychoanalytikern deren Mangel an psychologischer Systematik. Von meiner Gewohnheit, seelische Gebilde möglichst auf Radikale zurückzuführen, brauche ich auch in der Ethnopsychologie nicht abzugehen. Wenn ich also das archaische Seelenleben im Folgenden darzustellen versuche, so gehe ich von erlebnisnahen Gegebenheiten und von Tatsachen unseres hiesigen und eigenen Seelenlebens aus und begebe mich nur Schritt für Schritt ins Gebiet des Urtümlichen. So hoffe ich, selbst im Amorphen mich nicht in Regellosigkeit zu verlieren.

Nach *Levy-Bruhl* zeichnet sich der archaische Mensch dadurch aus, daß den Mittelpunkt seines Bezüglichkeitssystems nicht die eigene Person, vielmehr ein Kollektiv bildet, welches durch den Stamm, zu dem der Einzelne gehört, repräsentiert wird. Mir ist nie klar geworden, wie sich *Levy-Bruhl* das physiologische Korrelat dieses seines »letzten psychologischen Tatbestandes« denkt, ob er ein solches überhaupt annimmt oder für wesentlich hält. Gerade die unzuverlässige biologische Basis des *Levy-Bruhl*schen Systems veranlaßt mich, meine Untersuchung mit der leib-seelischen Einheit der Person zu unterbauen, deren »Wesen« wir vielleicht noch nicht ergründet haben, von deren Leben wir aber — rein deskriptiv — eine ganze Menge auszusagen vermögen. Befassen wir uns also zunächst mit den psychischen Funktionen, alsdann mit den diesen Funktionen zugänglichen Objekten, und lassen wir das Subjekt, das Ichselbst, vorläufig unerörtert.

Die psychischen Funktionen gruppieren sich im Sinne des *Wernicke*schen Schemas folgendermaßen: Psychosensorium, Intrapsyche und Psychomotorium.

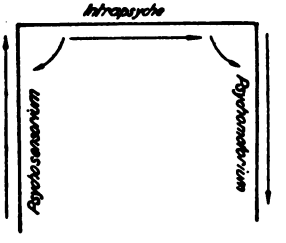


Fig. 1.

Die gekrümmten Pfeile zeigen die Differenzierungsrichtungen an, die gestreckten Pfeile den Weg des psychischen Vorganges.

Das Psychosensorium vermittelt uns auf dem Wege der Sinne sämtliche Eindrücke und läßt sie zu Wahrnehmungen werden; die Intrapsyche reiht die Neuerwerbungen ein und lebt im Umgehen mit dem inneren Besitz, eine Funktion, welche wir als Denken be-

Digitized by Google

zeichnen. Im Psychomotorium spielt sich alles Aktivistische, somit auch das Willensmäßige ab. Wie die Pfeile in unserem Schema andeuten, stehen wir durch Psychosensorium und Psychomotorium in unmittelbarer Beziehung zur Umwelt, so zwar, daß wir im Psychosensorium uns als leidend-beeindruckt, bewegt, im Psychomotorium dagegen uns als bewegend, als handelnd, bewirkend erleben. Wir beziehen nun die Umstände dieser unserer Funktionen auf etwas Reales, das wir die Umwelt nennen. Im Gegensatz hierzu fassen wir die Materialien der Intrapsyche als das grundsätzlich Nichtwirkliche, »Nur-Gedachte«. Von einer »vertieften Problemstellung« verspreche ich mir keinen Erkenntnisgewinn; wie wir über das Sehen nicht mehr auszusagen vermögen, als daß es die Leistung einer besonders gearteten lebendigen Substanz ist, so bleibt uns das Wirkliche, bzw. das Nurvorgestellte letzten Endes als Funktion unserer Sobeschaffenheit begreiflich, wobei die Gegensätzlichkeit von Welt und Weltbild sich zur Abgrenzung je eines der beiden als dienlich erweist. Beide sind letzte Erlebnisse, deren wir mit Selbstsicherheit gewiß sind. — Was auf uns wirkt und was wir bewirken können, ist Wirklichkeit; das Nurvorgestellte unterscheidet sich hiervon durch Schattenhaftigkeit und Unplastik. Der wirkliche Apfel ist als psychologisches Erlebnis verschieden vom gedachten, und der »frische« Duft einer Rose ist vollends anders als der blasse nurvorgestellte. Auf olfaktorischem, gustatorischem, taktilem Gebiet versagt sogar gelegentlich unser Vorstellungsvermögen, während das entsprechende Sensorium absolut zuverlässig funktioniert. — Auch dies dient vielfach zur Orientierung.

Ein Spezifikum der Intrapsyche besteht in der Bildung von seelischen Entitäten, welche sogar das vorstellungsmäßige Element nur noch in letzter, subtiler Verdünnung aufweisen. Es sind dies die Begriffe. Das Umgehen hiermit, das begriffliche Denken betrachten wir als »höchste« Geistigkeit, weil es sich »ungetrübt von äußeren Zuflüssen und Richtungnahmen« auf letztmögliche Unwirklichkeiten bezieht. Nach unserem Schema ist das begriffliche Denken abhängig von einer extremen Sonderung der Intrapsyche vom Psychosensorium und vom Psychomotorium. Eine solche nehmen wir lediglich als Idealfall an, weil wir gemeinhin mit einer psychischen Ganzheit von rein abstrakt denkerischem Charakter im Leben kaum zu rechnen brauchen. Stets werden Vorstellungselemente eine gewisse Rolle spielen, überdies wird immer eine Beteiligung des Psychosensoriums (als Gefühlsbetonung) sowie des Psychomotoriums (als Spontaneitätsakzent) nachweisbar sein. Das gleiche gilt für jeden sensorischen und motorischen Prozeß, an welchem die entsprechenden zwei anderen Funktionen gleichfalls partizipieren. Wir betrachten dies als triftigen

Digitized by Google

Hinweis auf eine einstmals vorhandene innigere Verbundenheit von Psychosensorium, Intrapsyche und Psychomotorium, welche erst in einem Differenzierungsprozeß sich zu Andersartigkeiten entwickelt haben. Wie sie es sind, geben sie unserm Seelenleben einen bestimmten Charakter und bedingen gewisse nun zu erörternde Umstände.

In unserer Unbeirrbarkeit hinsichtlich der Wirklichkeit ist unser Raumerlebnis gegründet, somit auch unsere Orientierung über (aktive) Reichweite und (passive) Erreichbarkeit; mithin garantiert uns Psychosensorium und Psychomotorium neben unserer lokalen auch die situationelle Gewißheit. Im intakten, d. h. wohl isolierten Funktionieren von Psychosensorium und Psychomotorium, welche den Erfahrungsschatz der Intrapsyche als Größe eigener Art zu Rate ziehen, distanzieren wir uns zu Wohl und Wehe. Was wir weder sehen noch hören, vermag uns — zunächst — nichts anzuhaben, wie andererseits wir über die Reichweite von Hand und Wurfgeschoß hinaus uns keine unmittelbare Macht mehr zutrauen.

Die Differenziertheit von Psychosensorium, Intrapsyche und Psychomotorium und die damit gegebene Möglichkeit jedes der drei, zu den andern in eine Proportion zu treten, bildet das Fundament unseres Zeiterlebens. Das Psychosensorium ist das seelische Substrat der Gegenwart, will sagen: wir bezeichnen fürs erste als Gegenwart lediglich die Gesamtheit des uns sensorisch Gegebenen. Was meine Augen erblicken, ist augenblicklich. Die Inhalte der Intrapsyche, unserer Vorstellung, repräsentieren uns, im Verhältnis zur Aktualität des Psychosensoriums, die Vergangenheit. Was ich nicht mehr wahrnehme, woran ich mich erst »erinnern« muß, weil ich es nur noch »in meinem Inneren« trage, ist Vergangenheit. Sobald ein Nichtvorhandenes sich nach der Seite des Psychomotoriums hin orientiert und damit den Akzent des Willensmäßigen erhält, stellt es uns das Zukünftige dar. Es ist dies also das Nicht-Reale, welches ich erstrebe oder doch erstreben könnte, hoffe. Hierbei besitzt Hoffen und Fürchten den gleichen psychonumerischen Wert lediglich mit verschiedenem Vorzeichen.

Nach dem eben Gesagten sind Bedürfnis und Möglichkeit, kausal und final zu denken, ausschließlich psychogenetisch zu verstehen, wenn auch über das »Wesen« von Raum, Zeit, Finalität, Kausalität noch mancherlei anderes ausgesagt werden kann und mag. Hier wurde ausschließlich die psychologische conditio erörtert, ohne welche wir der Raum- und Zeiterlebnisse, des kausalen und finalen Denkens notwendigerweise unteilhaftig blieben, bzw. ohne welche all dies für uns unwesentlich wäre. Die psychischen

Digitized by Google

Ausnahme- und Defektivzustände haben uns die Möglichkeit eröffnet, an Ausfallserscheinungen den koordinierten Ablauf seelischer Vorgänge zu verstehen. Zusammenfassend sei noch einmal betont, daß in der gewordenen Andersartigkeit der drei psychischen Funktionen nicht nur bestimmte Fähigkeiten eines Seelwesens sich zeigen, sondern daß darin die Sobeschaffenheit seines Lebens selbst sich ausdrückt. Das aktive oder passive Umgehen mit Realitäten, das Denken in Unwirklichkeiten, das Auffassen der Geschehnisse als Sequenzen und Konsequenzen ist nur als Produkt einer seelischen Entwicklung, im übrigen als Ganzheit zu fassen.

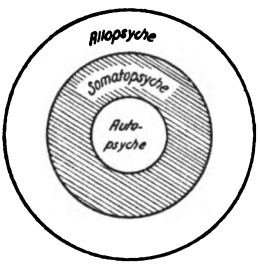


Fig. 2.

Gemäß der Dreifaltigkeit der psychischen Funktionen konstatieren wir eine dreifache Modalität psychischer Objekte: autopsychische, somatopsychische und allopsychische. Alles Autopsychische bezieht sich auf unser Ich als eigentliches, einheitliches Ganzes. Wir merken, daß wir sind; wir wissen, wer wir sind, fühlen uns gesund, kränklich, jung oder alt. Wir wünschen uns »als solche« durchzusetzen. — Unter den somatopsychischen Objekten verstehen wir unsere Körperlichkeit, welche vom eigentlichen Ich mit immerhin ausreichender Deutlichkeit gesondert ist. Teile unseres Körpers können wir ohne Schmerzempfindung verlieren (Haar) oder absondern (Speichel, Kot, Urin), andere schlimmstenfalls einbüßen (Gliedmaßen), ohne am Totalerlebnis unseres Ich eine Minderung zu erleiden. Wir sagen: Der Kopf tut uns weh, und meinen damit etwas Entfernteres, als wenn wir bekennen: Wir fühlen Leid. »Das Autopsychische« ist also etwas Innigeres als »das Somatopsychische«.

Unter dem Allopsychischen begreifen wir endlich jedwedes »andere«, nur nicht unser Ich und unsern Körper; mithin die belebte und unbelebte Umwelt. Sie ist uns, zum Unterschied vom Autopsychischen und Somatopsychischen, lediglich indirekt, nämlich durch unsere Sinnesorgane zugänglich, und unsere Beziehun-

Digitized by Google

gen zum einzelnen allopsychischen Objekt sind verschiedener Art. Mit unseren Verwandten, Landsleuten können wir uns durch gesprochene oder vernommene Sprache verständigen, mit Ausländern wenigstens durch geschaute oder ausgeübte Gesten; das gleiche gilt, wenn auch in geringstem Umfange, noch für die höheren Tiere, während es den niederen Tieren gegenüber langsam versagt. Die Befassung mit der leblosen Welt bleibt eine einseitige, unsererseitige.

Die von uns eben propagierte »absolute« Abgrenzung des Autopsychischen, Somatopsychischen und Allopsychischen ist freilich eine ideale. Schon daß wir selbst uns als ein vom Körper gelöstes Ich schlechthin nicht kennen, bezeugt die Affinität von Autopsyche und Somatopsyche. Allopsyche und Somatopsyche überschneiden sich vollends mit gewissen Randsphären. Speichel und Haar sind bald somatopsychisch, bald allopsychisch bewertet. Gleichviel erschien aus didaktischen und tatsächlichen Gründen der Schematismus wünschenswert. Wenn wir später die einzelnen Areale »eigenmächtig« übereinanderschieben, miteinander amalgamieren, mag die Gewißheit, daß sie ja noch bei uns keineswegs völlig gesondert sind, unser Werk erleichtern. Immerhin gilt für das reifgewordene Leben die Sicherheit der Bildprojektion, die unbeirrbare Einordnung psychischer Inhalte in je eines der drei Gebiete. Hierin besteht die »Mannigfaltigkeit unseres Lebens«. Die menschliche Distanz zu jedem seelischen Objekt, also auch zu sich selbst, betrachten wir als das Ergebnis einer Entwicklung, deren vorangegangene Phasen Ganzheiten eigener, und zwar anderer Prägung darstellen.

Nach ausführlicher Erörterung der psychischen Gliederung schreiten wir zur Darstellung des Seelisch-Amorphen. Hierbei halten wir uns stets gegenwärtig, daß unser Schema des Ungestalteten alle Schwächen eines Systems besitzt. Wir werden immer nur die einzelnen determinierten Teile miteinander konfundieren und das so wiederentstandene Urgebilde betrachten können, während tatsächlich doch nicht eine einzelne Grenze zwischen zwei Gebieten, aufgehoben, bezw. noch nicht konstituiert, sondern stets das Ganze als noch ungegliedert zu betrachten ist. Das Wissen um diese Tatsache muß uns beim Behandeln von Einzelumständen stets begleiten.

Methodisch wollen wir an unserem Schema die einzelnen getrennt gezeichneten Funktionen miteinander verquicken. Meinetwegen mag man sich jene drei Schenkel durch Scharniere miteinander verbunden denken. Je einfacher wir das Lehrmittel gestalten, um so größer wird der Erkenntnisgewinn sein.

Vereinen wir fürs erste Psychosensorium und Intrapsyche. Alsdann muß allem Intrapsychischen, also nur Gedachten, ein

Digitized by Google

eigentümlicher Realitätswert zukommen. Die Innerlichkeiten geraten in unmittelbare Nähe zum Sinnlichen, und wir betreten das große Gebiet des Halluzinatorisch-Illusionären. Die (innerlichen) Vorstellungen werden zu »Gesichten«, Visionen; aus den Gedanken wird eine Art innerer Sprache, welche endlich gar als »Stimme von außen« aufgefaßt wird. Die ethnische Bedeutung des Realwertes von Gedankeninhalten ist unendlich groß, die Kultik zehrt hiervon. Geistertanz und Maskenwesen schöpfen ihre Kraft aus dem »Realismus der Vorstellung«.

Betrachten wir das Amalgam von Psychosensorium und Intrapsyche unter entgegengesetztem Gesichtswinkel, so gewinnt das Reale einen ihm in unserem Leben abgehenden Mehrwert an Gedanklichkeit. Wir sind gewöhnt eine »schlechthinige« Wirklichkeit zu erblicken; in der Archaik ist ihr ein intrapsychischer Zuschuß eigen. Jedwedes Ding ist nicht nur »es selbst«, sondern erscheint umwittert von Bedeutung. Hier stehen wir auf dem Feld, wo Metapher und Symbolik wachsen. Während uns ein fruchttragender Baum an Schwangerschaft und Mütterlichkeit lediglich »erinnert«, wird er in der Archaik zur gültigen Repräsentanz davon. Jene Spanne, über die hin bei uns eine Funktion — die der Symbolbildung — erst wirken muß, ist in der Archaik noch nicht vorhanden, und so lebt alles im Sinne einer für uns nur eben gradweise verständlichen Einheitlichkeit. Auch in unserer Betrachtungsweise besitzt die aufgehende Sonne etwas Heldisches, besonders wenn wir uns »phantastisch« einstellen d. h. die uns zugängliche Zone der Archaik betreten. Den Primitiven gemahnt die Sonne nicht an etwas Heldisches, ihm ist sie ein oder gar der Held.

Der Vergleich mit dem Phantasma führt uns zum konkretistischen Denken, welches stark bildhaft und somit vorbegrifflich sich abspielt. Ihm begegnen wir auch bei uns noch häufig genug, denn unsere Sprache enthält reichlich archaische Elemente. An Metaphern herrscht ein solcher Überfluß, daß wir nach Worten suchen müßten, wollten wir einen Satz »rein begrifflich« formulieren. Übrigens ist auch bereits das Wort »rein« eine Metapher; meint es doch eigentlich etwas Körperliches. Auf die bilderreiche, »anschauliche«, also dem Psychosensorium affine Ausdrucksweise der Primitiven braucht nur hingewiesen zu werden.

Eine Fusion von Intrapsyche und Psychomotorium erzielt zunächst einen Kraftzuwachs der Gedanken bis zu telekinetischer Macht. Unsere Gedanken verzichten, trotz unendlicher Reichweite, auf eine Auswirkung im Realen. Sie bleiben etwas Innerliches, und denken darf bei uns jeder, was er will. Die Allmacht der Gedanken (Freud) bezeichnet das Quellgebiet des Zaubers. Gleichviel ob wir allegorischen oder Berührungszauber, Heilzauber oder Jagdzauber meinen, eine Grenze der Wirklichkeit (in unserem

Digitized by Google

Sinne) darf nicht gelten, wenn der Zauberer seines Werkes waltet. Wunschvorstellung und Tat müssen von gleichem psychologischen Gewicht sein. Auch eine so subjektive und daher ganz unverbindliche Leistung wie die Benennung eines Dinges oder Menschen gewinnt Wirkungswert. Während wir der rein konventionellen Verrichtung der Namengebung oder des Benennens eines Gegenstandes lediglich die Bedeutung einer Mitteilung von Mensch zu Mensch beimessen, stellt in der Archaik »das Wort« eine Größe eigener Art dar. Wenn ich etwas nenne, so verfüge ich hiermit darüber, lasse es werden, sein oder vergehen; — Wortzauber.

Wechseln wir den Standpunkt. Sobald alles Willensmäßige, jede Leistung getränkt ist mit der ganzen Vieldeutigkeit, die sich aus der Nähe zur Intrapsyche ergibt, so wird das Tun zur ritualen Verrichtung. Sie bedeutet dann viel mehr, als sie rein materiell bewirkt: Ein leichter Schlag mit der blanken Klinge (Ritterschlag) »besagt« viel mehr als er »in Wirklichkeit« ist. Er zerschmettert die prärituale Existenz des Knaben (Knappen) und bereitet den Raum für die entstehende Ritterschaft.

Vergegenwärtigen wir uns, daß eine Wirklichkeit in unserem Sinne es in der Archaik nicht gibt, auch daselbst recht eigentlich nicht lebensnotwendig ist, so begreifen wir das Wesen der ritualen Gläubigkeit. Der archaische Mensch findet in der kultischen Verrichtung eine psychische Genugtuung der entsprechend, welche uns bei Erlangung eines »wirklichen« Zieles zuteil wird.

Durchmustern wir unsere ethnologische Erfahrung nach Objekten, welche aus einer Agglutination von Psychosensorium und Psychomotorium entstanden sein können, und versuchen wir das Befremden zu überwinden, das uns bei dem Gedanken an eine Vermengung von Aktivität und Passivität erfaßt. — Aus einer Nähe von Psychosensorium und Psychomotorium resultiert jene bereits von *Levy-Bruhl* andeutungsweise erwähnte motorische Akzentuierung des archaischen Lebens überhaupt. Hier entspringt die gefühlte Kraft, welche die primitive Kunst adelt. Sobald Eindruck und Ausdruck nicht mehr durch ein Andersartiges, die Reflexion, getrennt sind, kann die sensualistische Energie in ungebrochenem Schwunge zur Tat werden. Nun verstehen wir auch die großartige Entschiedenheit der archaisch-kultischen Verrichtung, welche die einmal empfundene Situation in jener von uns oft beneideten Weise ausfüllt.

Visieren wir in umgekehrter Richtung, so erweist sich das Psychomotorium, jenes für uns unbeirrbar Aktive, als von passivischen Elementen durchsetzt. Damit tritt eine besondere Erlebnisweise auf. Das Wollen vollzieht sich im Sinne des Erleidens der Willensakte, des »Gemachtwerdens« dieser. Die Persönlichkeit fühlt sich nicht als den Ursprung ihrer Tendenzen, welche

Digitized by Google

vielmehr allogen, sogar gelegentlich mit dem Charakter des Unverständlichen, Erzwungenen »da sind«. Wir befinden uns im Gebiet der Ekstase, des Schamanismus und anderer hyponoischer Verfassungen. — Wird der eigene Willen als Erlittenes erlebt, so ergibt sich die Möglichkeit einer schrankenlosen Selbstnegation, eines Verströmens ins Weite. An Stelle der Verantwortungsschwere, welche als »Willensfreiheit« unser Leben richtet, waltet eine primäre Willenlosigkeit, ein Dargebrachtsein der Person, die nicht aus sich heraus handelt, sondern sich selbst als Werkzeug anderer Mächte fühlt. Institutionen werden — anders als bei uns — nicht als menschliche Leistungen früherer Menschen, sondern als Begnadungen des Überpersönlichen erlebt, gelten daher als unabänderlich, heilig.

Da wir bereits früher auf die Gebundenheit unseres räumlichen Bestimmtseins an die Differenziertheit der drei psychischen Funktion hingewiesen haben, so muß die Polytopie des archaischen Menschen mit der Undifferenziertheit von Psychosensorium, Intrapsyche und Psychomotorium engstens zusammenhängen. Während wir uns in fremde Länder nicht »wünschen« können, löst sich in der Archaik die reale örtliche Haftung; wobei wieder zu bedenken ist, daß ein eigentliches Reales (in unserem Sinne) es daselbst ja gar nicht gibt. Wenn der Märchenprinz ein Zauberroß besteigt, so bildet dieses nur die Verkörperung der dort gültigen Unverbindlichkeit jeder örtlichen Bestimmtheit.

Statt einer Zeiteinteilung gilt in der Archaik die Immergegenwärtigkeit jedweder Situation; so bleibt jedes historische Begebnis in einer für uns kaum verständlichen Weise lebendig. Hier diene als Beispiel die geradezu dogmatische Betonung der Augenblicklichkeit heroischer Ereignisse im Sederritual der Israeliten: »Nicht die Väter sind aus Ägypten gezogen, sondern wir selbst ziehen in dieser Stunde aus dem Lande der Knechtschaft«. — Auch das »Erzählen als Zauber« schöpft seine Kraft aus diesem Born der Überzeitlichkeit. Denken wir an die Merseburger Zauberformeln, welche mit Erzählungen beginnen. Was einst galt, ist auch heute gewichtig, und zwar nicht als Präzedenzfall, sondern als analoge Stetsgegenwärtigkeit. Also: Das Vergangene, für uns die Unwirklichkeit κατ' ἐξοχήν ist in der Archaik von Gegenwärtigkeitsakzenten belebt; dementsprechend erschließt sich die (von uns so genannte) Zukunft in der Zeitgleiche als Prophetie. Der Prophet sieht Überzeitlichkeit, und erst der Mittler sondert daraus je nach Notwendigkeit Künftiges, aber auch Gegenwärtiges oder Vergangenes. Der »Seher« ist in einer Person Vorhersager und Wahrsager (Hellseher).

Aus dem Mangel an finalem und kausalem Gebundensein resultiert die für das archaische Seelenleben charakteristische

Digitized by Google

»Unstraffheit« und Allmöglichkeit, welche wir so schwer begreifen. Während uns die »Folgerichtigkeit« den Takt angibt, während wir nicht nur von ihr, sondern recht eigentlich sie selbst leben, stoßen wir in der Archaik fortgesetzt auf Inkonsequenzen. Dieses wohl am meisten auffallende Phänomen trug dem primitiven Seelenleben die Bezeichnungen alogisch, prälogisch oder paralogisch ein. Alle drei sind sie richtig. Sie betrachten den Tatbestand nur von verschiedenen Seiten. »Prälogisch« faßt ihn genetisch, »alogisch« meint ihn statisch und »paralogisch« versteht ihn dynamisch. Prälogisch besagt, daß der Forscher die Möglichkeit erblickt, daß aus dem Amorphen später ein Gestaltetes wird. Mit der Bezeichnung alogisch wird ein »Mangel« schlechthin konstatiert, und »paralogisch« will ausdrücken, daß die archaische Gedanklichkeit sich »an unserer Logik vorbei« bewegt.

Da das Psychosensorium des archaischen Menschen nicht zur Bereicherung seines empirischen Besitzes dient, die sorgfältige Schichtung eines solchen in der Struktur des Primitiven gar nicht vorgesehen ist, so resultiert hieraus unter anderem jene von *Preuß* besonders erwähnte »Leichtgläubigkeit« der Wilden, andererseits ihre Unbelehrbarkeit durch Vorkommnisse, die uns zur Umkehr auf einem als falsch erkannten Wege nötigen würden. Dem archaischen Menschen wird viel mehr als dem zivilisatorisch-reifen als unmittelbare Wahrhaftigkeit zuteil, welche einem anderen psychometrischen System angehört als das Lernen an verbalen oder realen Erfahrungen.

Wir geben uns nicht der Hoffnung hin, eine erschöpfende Kasuistik an prälogischen Phänomenen geliefert zu haben; doch dürfte an Hand unseres Schemas jeder psychologisch interessierte Ethnologe selbständig weiter zu forschen in der Lage sein. Damit wenden wir uns zur Konfundierung der psychischen Inhalte, welche als für unsere Erlebnisweise gesondert uns bekannt geworden waren.

Sobald das Autopsychische und das Somatopsychische, Ich und Körperlichkeit, nicht mehr als abgegrenzt gelten, wird das Ich weit mehr vom Körperlichen repräsentiert, als dies bei uns der Fall ist. Körperliche Sauberkeit besagt dann soviel wie sittliche Reinheit; Ausschmückung des Körpers durch Malereien oder Gewandung erteilt dem Ich einen enormen Aufschwung, den wir mindestens ohne weiteres nicht begreifen. Mit wenigen Farbstrichen auf der Haut eignet sich der primitive Mensch besondere seelische Kräfte an; Geisterbemalung macht einen Neophyten zum Geist. Der Krieger muß, um wirklich Krieger zu sein, Kriegsbemalung anlegen. Äußerlichkeiten sind in der Archaik Wesentlichkeiten.

Umgekehrt erhält durch Verfließen von Körperlichkeit und Ich jedes beliebige Glied oder Organ einen Ichwert. Der Besitz der Locke eines Tapferen macht tapfer, das Verzehren des Feindes

Digitized by Google

mehrt die eigene Kraft. Hiermit geht allerdings der bei uns dem Ich eigene Charakter der Einheitlichkeit verloren, und es entsteht jene Vielfachheit der Seele, welche dem psychologisch nicht geschulten Ethnologen immer wieder Rätsel aufgibt. Die Kopf-, Magen-, Genital-, Schatten- oder Traumseele führt je ein besonderes Dasein, kann einzeln verloren gehen, ohne daß seitens des Seelwesens eine umstürzende Minderung verspürt würde. Jedweder Körperteil, im übrigen auch die Dejekte, können Träger vollgültiger seelischer Valenzen werden; eine Situation, welche wir mit der Formel »pars pro toto« gekennzeichnet haben. Hierbei bleibt allerdings zu bedenken, daß ein »Totum« in der Archaik gar nicht postuliert wird, und daß seine einzelnen partes auch nicht kleiner als das Ganze zu sein brauchen. Wir werden hier wie häufig nicht umhin können, die Bezeichnungen auch für heterogene Gebilde unserem eigenen Bezüglichkeitssystem zu entlehnen.

Ein Amalgam von Somatopsyche und Allopsyche wirkt sich als anthropomorphe Betrachtungsweise alles Umweltlichen aus. Nicht nur Tiere werden im Sinne menschlicher Körperlichkeit aufgefaßt, auch für unbelebte Objekte gilt das gleiche: Da haben wir das physiognomische Erleben von Bäumen, Steinen, Himmel und Erde. Der Fels hat ein drohendes Aussehen, der Himmel lacht, der Donner brüllt. Umgekehrt, die eigene Körperlichkeit erfährt eine gewisse Entfremdung, gilt soviel wie uns ein Gegenstand. So werden Körperteile in der Archaik geopfert, preisgegeben und dies mit einer »Objektivität«, die wir höchstens beim Verlust eines uns belanglos dünkenden Besitzes zeigen.

Wichtiger als die eben beredete Undifferenziertheit von Umwelt und eigener Körperlichkeit ist jene archetypische Situation, in der Ich und Welt noch als Einheit imponieren. Vom Ich aus betrachtet eröffnet sich eine unendliche Weite. Die ganze Welt, Himmel und Erde, Tiere, Pflanzen und Steine, aber auch alle Menschen werden von den Ausstrahlungen des Ichselbst durchdrungen, sind ihm auch ohne das Hilfsmittel der Sprache oder der Gestik zugänglich, liegen offen vor ihm. Das ist das Weltgefühl, das »ozeanische Gefühl«, aus welchem schließlich die Kraft zu jeder essentiellen Leistung quillt.

Das Ich merkt sich als »gemeinten« Mittelpunkt der Welt; was sich am Himmel abspielt, geht den Menschen besonders an, aber er trägt auch die Verantwortung dafür. Allmacht und Allschuld komplettieren einander. Wenn der Priester ein Opfer (Menschenopfer) bringt, damit die Sonne des aufsteigenden Jahres ihren Pfad in gehöriger Weise zurücklege, wenn auf gewissen Gesängen die Weltordnung ruht, so wurzelt beides im Gefühl menschlicher Verantwortung für kosmische Begebnisse. Im kleinen: Wenn persönliches Glück oder Unglück von »äußerlichen« Zufällen (An-

Digitized by Google

gängen) abhängig ist, so muß des Menschen Sphäre eben weit über seine persönliche Ganzheit hinaus bis zu den Dingen reichen. Ein beträchtlicher Teil des sogenannten Aberglaubens ist nichts als eine Form des Weltgefühls.

Die überpersönliche Lebendigkeit verbürgt die Gewißheit des Unsterblichseins. Bin ich nicht nur Ich, so sterbe ich auch nicht beim Tode meiner doch nur beiläufigen Persönlichkeit. Es bleiben gewisse allweltliche »Ichreserven« übrig, welche vielleicht erst getötet werden müßten, falls sie nicht überhaupt der Tötung entrückt sind.

In der unmittelbaren Nähe des Ich zu allem sonstigen Lebendigen, etwa zum Tier, wurzelt der Totemismus. Das Tier kann als der (archaische) Ahne betrachtet werden und als Ersatz für das Opfer dieses eintreten. Es kann auch die Rolle des Initianten übernehmen und »als Sohn« einer Opferung unterliegen. Ich erinnere an die Akeda-Situation des ersten Mosesbuches; »an Stelle« Isaaks bringt Abraham einen Widder dar.

Wenn eine universelle Verbundenheit des eigenen Ich mit jedwedem Menschen gilt, so wachsen die persönlichen Konflikte zur religiösen Höhe; die rituale Verrichtung erfährt hiermit eine weitere Begründung. Der Initiant erlöst mit seinem Sterben nicht allein seinen Vater von der Todesangst, sondern die gesamte Vätergeneration, mithin eigentlich alle Menschen.

Wie schon wiederholt betont, haben wir lediglich aus didaktischen Gründen uns nur Schritt vor Schritt ins psychisch Amorphe begeben und die seelischen Legierungen einzeln erörtert. Stets hielten wir uns vor Augen, daß eine totale Undifferenziertheit der psychischen Funktionen und Inhalte angenommen werden müsse. Unvermeidlich traten in der ans Schema gebundenen Darstellung manchmal Wiederholungen auf, weil ja einzelne sich überschneidende Gebilde mehrfach unser Blickfeld kreuzten. Beispielsweise ist das Gefühl »der Allmacht« ebensowohl ein notwendiges Ergebnis der Verbundenheit von Intrapsyche und Psychomotorium, wie der Ausweitung des Ich bis überall in die Umwelt hinein. Auch die Empfindung der Allschuld kann ebensowohl verstanden werden als Folge einer Verbindung von Intrapsyche und Psychosensorium, wie aus dem Eingedrungensein der Welt in das noch nicht umschalte Ich. Die aus Überexaktheit entstandenen Wiederholungen stellen jedoch, verglichen mit den Folgen der Begriffsunschärfe, das kleinere Übel dar.

Für manche Ethnologen scheint der Gedanke schwer faßbar zu sein, daß unser hiesiges Volksleben wie das der »Primitiven« archaische Züge und empirisch-rationale stets vereint aufweist. Je nach persönlicher Neigung vertreten die Völkerkundler extreme Standpunkte. Die einen sagen, der Primitive verhalte sich »ganz

Digitized by Google

folgerichtig«, während die anderen sein Tun und Treiben als völlig vernunftwidrig bezeichnen. Für den Schichtenpsychologen sind Kontroversen, wie sie zwischen den Ethnologen gang und gäbe sind, wesenlos. Wer es gewöhnt ist, Dasein und Wirken des Menschen aus seiner Ganzheit zu verstehen, merkt alsobald, daß eigentlich an jedem Akt archaische und reifere Schichten beteiligt sind. Bei den sog. kultivierten Völkern besteht neben einer Gelöstheit vom Sexuellen, welche später erörtert werden muß, eine etwas festere empirisch-rational erstarrte Oberschicht, in welcher Folgerichtigkeit und die von uns genugsam beschriebene Differenziertheit der Psychismen gilt. In der Tiefe, welche bei uns nur seltener, auch wohl nur larviert sich auswirkt, herrscht die gleiche Polyvalenz wie im Seelenleben primitiver Völker, bei denen wiederum die empirisch-rationale Schicht stets vorhanden, nur von geringerer Mächtigkeit ist. Somit nehmen daselbst alle Verhaltungsweisen leichter jenen archaischen, auch magisch genannten Zug an.

Gerade ein Mißverstehen hinsichtlich des unvollständig ausgebildeten Icherlebnisses der Primitiven ist bei Fachethnologen häufig und beklagenswert. »Wie sollte denn so ein »Wilder« essen, trinken, jagen, wenn er nicht seines »Ichselbsts« sicher wäre?!« Die hier gebührende Antwort lautet: Allerdings ist der archaische Mensch auch seines »Ich« gewiß, aber es besteht bei ihm, wie übrigens in geringerem Maße auch bei uns, die Möglichkeit, die Grenzen des Ich, wie jedes anderen Objekts nicht zu merken. Ebenso wie wir wissen die Primitiven genau, welchen Gegenstand sie in der Hand halten, und kennen beispielsweise Dinglichkeit und Nutzen eines Speers in vollem Umfange. Daneben ist ihnen jedoch infolge ihrer geringeren psychischen Schlüssigkeit eine Bedeutungserweiterung möglich. Daß nun die Primitiven manchmal den psychischen Akzent mehr auf die empirisch-rationale Seite und bisweilen mehr auf die magische Seite verlegen, wird ihnen fast persönlich übel genommen. Ohne eine pedantische Gleichsetzung zwischen Naturvölkern und psychisch Kranken etwa gelten zu lassen, möchte ich betonen, daß letztere gleichfalls in einer zum Teil magischen Welt leben. Für die Schizophrenen gilt komplexes Denken, eine besondere Symbolik, Tabugesetz, Allmachtsbewußtsein, Allschuldgefühl und dergl. mehr. Gleichviel kennt mit mir jeder Anstaltspsychiater Hunderte von Kranken, welche ausgezeichnete Schuhmacher, Schneider, Gärtner und Hausarbeiter sind. Nur gelegentlich kollidieren ein wenig die Größenwahnvorstellungen, bzw. die allzu heftig auftretenden Halluzinationen mit der nüchternen Tätigkeit des Tages; im allgemeinen hat sich ein doch sehr erträglicher modus vivendi herausgebildet. Es wäre kein Schaden für die Ethnopsychologie, wenn sie gelegentlich sich informierte

Digitized by Google

bei Psychiatern, welche in jahrzehntelanger Befassung mit Gemütskranken es sich abgewöhnt haben, nach billiger Plausibilität zu urteilen, was gerade in der Psychologie (und in der Ethnologie!) fast stets in die Irre führt.

Mit der Beteuerung, daß magisches und rationales Seelenleben mit- und ineinanderwirken, ist die Frage nach der Grenze ihrer Aktionsgebiete natürlich nicht gelöst. Wann reagieren denn nun die Primitiven oder wir selbst magisch und wann rational? Nach *Julian Hirsch* spielt die Gefährlichkeit der Situation eine entscheidende Rolle. Sobald der Mensch mit den ihm eigenen und also bekannten Kräften sich nicht durchzusetzen vermag, wendet er sich automatisch zum Magischen. Hiergegen ist einzuwenden, daß Feuerzeugen, Buttern, das Herstellen von Pfeilen usw. nicht eigentlich als gefährliche Umstände zu betrachten sind, deren man nicht Herr zu werden vermag; gleichviel weiß jeder Volkskundler von dem magischen Werk, welches hierbei verrichtet werden muß. Andererseits fällt es mir gar nicht ein, den real unmöglichen Flug zum Monde etwa magisch bewirken zu wollen.

Auf eine viel weitere Plattform stellt sich die Auffassung, daß überhaupt jede affektgebende Situation magisches Verhalten auslösen könne. Man hat ja direkt von einem emotionalen Denken gesprochen und alle oder doch fast alle Qualitäten des Archaischen hierin untergebracht. Die Schwäche dieser Anschauung liegt auf der Hand. Von einer allgemeingültigen Emotionalität kann man nicht sprechen, weil für die eine Menschengruppe oder den einzelnen Menschen dies, für andere jenes affektbetont ist, ohne überdies jedes Mal archaische Reaktionen auszulösen. Feuermachen, Buttern oder Pfeileschnitzen braucht keineswegs affektbetont zu sein, wie andererseits sogar der Anblick des Todes, zwar emotional wirken kann, den Menschen jedoch keineswegs in die Tiefe des Magischen zu versetzen braucht. Wir kennen sehr viele Personen, welche vom Tode ihrer Nächsten ehrlich erschüttert sind, gleichviel sich keineswegs abergläubisch oder sonst archaisch einstellen. Es sind — und weiteres läßt sich nicht konstatieren — Menschen mit einer geringen rationalen Oberschicht, welche zum Magischen neigen. Hiermit mögen weitere Debatten über den Verlauf der Trennungslinie zwischen archaischem und differenziertem Wesen eines Menschen, bzw. zwischen Primitiven und zivilisierten Menschen überhaupt unterbleiben. Sie sind unter vorliegender falscher Problemstellung fruchtlos. Gerade *Julian* Hirsch betont mit Recht und belegt es mit Beispielen, daß und in welch reichlichem Maße in unserem Leben magische Elemente nachweisbar sind.

Wir wenden uns nunmehr einem neuen Abschnitt zu, den wir mit einem weiteren Schema illustrieren müssen. Hatten wir bis-

Digitized by Google

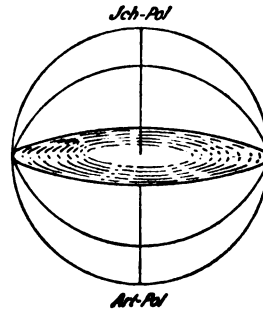


Fig. 3.

her durch Konfundierung der psychischen Funktionen und der psychischen Inhalte eine ganze Reihe von archaischen Umständen rekonstruiert und erfaßt, so besteht »bei uns« noch eine weitere Differenziertheit, welche, noch gar nicht erwähnt, gleichfalls verwischt werden muß, um unser Verständnis der Archaik zu vertiefen. Wir selbst merken uns als Ichwesen, gleichzeitig — jedoch in anderer Hinsicht — als Artwesen. Das Gesamte der Gefühle, Bewußtheiten, Tendenzen, Verrichtungen in arttümlicher Hinsicht, auch unsere hier in Betracht kommende Körperlichkeit bezeichnen wir mit dem Sammelwort: Geschlechtlichkeit (Sexualität). Bis vor noch nicht allzulanger Zeit spielte in der Psychologie das Sexuelle überhaupt keine Rolle. Man wußte natürlich von Trieben besonderer Art, welche auf Fortpflanzung, bzw. auf einen eigentümlichen Lustgewinn zielen. Im übrigen schrieb man dem Sexuellen als einer spezifischen Größe keine Bedeutung zu. *Ernst Kretschmer* betont, daß der Sexualtrieb ein wichtiger unzertrennlicher Bestandteil im Gesamttemperament des Menschen sei, am Aufbau der Persönlichkeit sich stark beteilige und dem seelischen Triebwerk allenthalben Kraftkomponenten liefere. Im übrigen zeigen (warum wohl?) die energisch zur Höhe strebenden jungen Kulturvölker eine schroffe Einstellung zum Sexualtrieb, welche wohl (?) aus alten Tabuvorstellungen organisch herauswachse. In dieser Darstellung ist weder der Tatbestand richtig, noch die Erklärung ausreichend. Daß auffliegende Kulturvölker das Sexuelle durchaus ablehnen, ist unzutreffend, im Gegenteil: Wir kennen genug kultisch-sexuelle Situationen, welche als kraftspendende Quellen der Selbsterneuerung aufzufassen sind. Warum des weiteren die Tabugesetze »geworden« sind, bleibt bei *Kretschmer* unerörtert. Ein Psychologe darf Institutionen aber nicht als letzte Phänomene betrachten! Im übrigen faßt *Kretschmer* just die wichtigsten sexuellen Umstände, die Ich-Art-Konflikte, nicht eben sehr eigentlich auf. Es sind für ihn äußere Kontroversen, welche sich sozial,

Digitized by Google

ethisch, gelegentlich auch pathoplastisch auswirken, bzw. larvieren. Die sexuelle Befriedigung ist eben schwer und nur für besonders gutkomponierte Naturen zu erlangen. Daher bleiben sehr viele unbefriedigt und unfroh. Eine solche Auffassung bringt uns ethnopsychologisch nicht weiter.

Freud faßte — früher denn *Kretschmer* — das Sexuelle zunächst gleichfalls recht äußerlich auf, und zwar als Streitobjekt. Väter und Söhne kämpfen um eine Frau, die Mutter. Alle Konflikte ergeben sich aus dem Widerstreit des Hasses und der Liebe zwischen den Rivalen, die ja, bei aller Gegensätzlichkeit, doch nahe miteinander verwandt sind. *Freud* spricht daher häufig von einem »Familienroman«. — Daneben gilt für die Psychoanalytiker das Geschlechtliche als das große Gemeinsame, Ursprüngliche. Als solches heißt es auch Libidio und faßt in sich Willen, Affekt, Anfänge der Geistigkeit und anderes mehr, vor allen Dingen natürlich die Geschlechtlichkeit selbst. *Freud*s Auffassung von einer Urgeschlechtlichkeit, welche allmählich schwindet, der Verdrängung, richtiger gesagt: der Spaltung, unterliegt, spiegelt sich in den Bezeichnungen Lust- und Realitätsprinzip. Hiernach lebt der archaische Mensch lustbetont und erfährt erst später »Entäuschungen«. Auf einem »Leidenswege« gelangt er zum Erlebnis der Realität. In einer früheren Publikation habe ich bereits darauf hingewiesen, daß ich die Benennung »Lustprinzip« als höchst unglücklich gewählt betrachten muß. Die Unsicherheit der Ichgrenzen, überhaupt alles, was zur Archaik gehört, wird ja keineswegs stets als Beseligung empfunden, und die Tabugesetze, die angstgeborenen Grenzschutzmaßnahmen, stehen in greller Disharmonie zu *Freud*s »Lustära der Menschheit«. Hier fehlt doch Exaktheit und Übersichtlichkeit; die begriffliche Unschärfe ist es ja auch, durch welche die Psychoanalyse bekanntlich viel Schaden anrichtete. Für den Gewinst dialektischer Lust opferte *Freud* psychologische Realitäten. Diese zu retten betrachte ich als wesentliche Aufgabe.

Unleugbar besteht in unserem Dasein eine Distanz und Spannung zwischen Ichtümlichkeit und Arttümlichkeit. Ein erheblicher Teil unseres, d. h. des differenzierten Lebens spielt sich durchaus und extrem asexuell ab. Die einzelnen Lebendigkeiten sind frei von genitalen Ahnungen, Bedeutungen und Bezweckungen. In einem Gegensatz hierzu, den wir aus didaktischen Gründen möglichst scharf fassen wollen, vollzieht sich unser Geschlechtsleben, welches wir mit unbeirrbarer Sicherheit als das »Andere« empfinden. Ich schlage nun vor, zum besseren Verständnis der psychologischen Sachlage Ichtümlichkeit und Arttümlichkeit als Pole einer Kugel anzunehmen, welche wir den Psychophairos nennen wollen. Auf den Längengraden dieser Kugel spielt sich unser

Digitized by Google

seelisches Leben ab und jeder einzelne Akt charakterisiert sich je nach seiner stärkeren Affinität zum Ichpol, bzw. zum Artpol. Den Spannungsdurchmesser zwischen beiden erkennen wir als das Schamgefühl. Es ist nichts anderes als das Gefühl der Beeinträchtigung unseres Selbstbewußtseins. Der beeinträchtigende Faktor ist unsere Artgebundenheit, die gerade in ichbetonten psychischen Situationen uns schmerzlich berührt. Der sich als Ganzheit erlebende Phänotypus merkt sich bedingt und somit entwertet durch den Genotypus.

Vermögen wir uns den Psychosphairos als einen Ballon zu denken, aus welchem wir nach Belieben die Luft entweichen lassen können, so müssen wir einen Zustand uns vorstellen, da Ich- und Artpol zusammenfallen und dann den Mittelpunkt einer der Äquatorscheibe der Kugel entsprechenden Ebene bilden. So glaube ich die ideale archaische Lage schematisieren zu dürfen. In ihr herrscht ein Gleichheitserlebnis von Ich- und Arttümlichkeit. Sobald die beiden sich sondern und der Psychosphairos zunächst ein flacheres, später ein steileres Rotationsellipsoid und endlich (ideal) zur Kugel wird, löst sich, das Ichselbst vom Geschlechtstümlichen, und sein gesamtes Leben nimmt in immer stärkerem Maße icheigentliche Züge an. Vielleicht hat *Freud* mit seiner Bezeichnung »Verdrängung« etwas ähnliches gemeint wie ich mit der Entwicklung des Psychosphairos. Er hat dann jedoch einen irreführenden Ausdruck gewählt. Er wie *Kretschmer* vertreten — wenn wir sie recht verstehen — die Auffassung, als walten Willkürlichkeiten der ethnischen Subjekte, wenn diese allmählich in die Asexualität ihres Kulturlebens hineinwachsen. Hiervon kann doch gar keine Rede sein; denn woher sollten bei volkischen Einheiten jene äußeren Anlässe zum Verdrängen oder zur Dahinlenkung des Willens herrühren? Mit dem gleichen Recht könnte man einen biologischen Vorgang wie das Wachstum einer Pflanze, eines Tieres oder selbst des Menschen als Verdrängungsprozeß ansprechen. Hier wie dort handelt es sich um naturgesetzliche Verläufe, welche zur Entwicklung von Geistigkeiten führen. Für diese freilich sind gewisse konfliktäre Situationen unvermeidlich und bezeichnend, welche — weil sie allgemein menschlich sind — man auch religiöse nennen mag. Es rächt sich, daß die Psychoanalyse stereotyp parallel setzt: Defektivnaturen und die naturvolkische Menschheit. Auf den Neurotiker, den pathologisch Unfertigen, drückt in der Tat die bereits reifer als er selbst gewordene Umgebung und zwingt ihn zum Einschlagen von Seitenwegen, zu schmerzhaften Kompromissen, — Verdrängungen. Der naturvolkische Mensch dagegen gehorcht lediglich seiner Sobeschaffenheit, der entsprechend er lebt und leben »darf«.

Aus der archaischen Nähe von Ich- und Artpol resultiert jene

Digitized by Google

sexuelle Betonung alles Gedanklichen, welche u. a. *Winthuis* als Eigentümlichkeit des primitiven Seelenlebens hervorhebt. In weit stärkerem Maße als bei uns besagt »alles Mögliche« auch etwas Sexuelles. Jede sich öffnende Blüte, jede Tür kann zum Symbol für das weibliche Genitale werden. Alles Längliche, Ragende kann den Phallus bedeuten. Feuerzeugen steht in empfundener Beziehung zum Zeugen; und selbst Essen und Trinken, für uns doch unbedingt sicher icherhaltend, kann als arterhaltend, als Befruchtungsvorgang erlebt werden. Beispiele hierfür gibt es gar viele. Braut und Bräutigam müssen kultisch essen, bzw. trinken und damit Fruchtbarkeitszauber ausüben. Der biblische Sündenfall, der erste Sexualakt, bestand in einem gemeinsamen Essen.

Zwar mit anderen nach meinem Dafürhalten weniger bezeichnenden Ausdrücken, doch in gleichem Sinne spricht *Eckart von Sydow* von der sexuellen Gebundenheit der primitiven Kunst. Sie sei unablässig den »bluthaften, organischen« Elementen zugewandt und ihre Lebenshaltung bestünde in einer sehr weitgehenden Sexualisierung. Die Fixierung an und durch »das Blut« (gemeint ist dem Sinne des Textes nach ohne Zweifel das Sexuelle) und die von ihm getragenen Beziehungen unterbindet den Aufschwung zum Ideal. (Wir würden sagen: zur Höhe der Ichtümlichkeit.) Auch *E. v. Sydow* kämpft sichtlich mit Schwierigkeiten der Bezeichnung. Das »Bluthafte« ist nichts anderes als jene Schicht, welche zwischen den in der Archaik sich naheliegenden Polen der Ich- und Arttümlichkeit besteht. Bereits anläßlich der Erörterung der Gezeiten betonten wir, daß uns kein rechtes Wort für jene Undifferenziertheit zur Verfügung steht. Wir sprachen damals von Überzeitlichkeit oder Unzeitlichkeit. Hinsichtlich der Ich- und Arttümlichkeit herrscht das gleiche »namenlose« Zwielicht, in dem alle Begebnisse mit einem »auch-sexuellen« Akzent versehen sind. Ich bezeichne diese Lebenssphäre als interpolar und erkenne als einzigen Nachteil solcher Benennung an, daß sie die Kenntnis unseres Schemas voraussetzt.

Die Entwicklung in psychologischer und psychosexueller Hinsicht, welche wir aus didaktischen Gründen auf mehrere Schemata verteilt haben, vollzieht sich am Lebenden einheitlich. Damit gilt auch in psychosexueller Hinsicht, was bezüglich der Abgrenzung der magischen von der empirisch-rationalen Lage bereits sattsam erörtert wurde; eine scharfe Grenze zwischen primitivem (sexuell-sensualistischem, interpolarem) Menschen einerseits und dem zum Sexuellen distanzierten, polar orientierten Menschen andererseits kann nicht erkannt werden. Die Metapher umschwebt auch bei uns oft genug das Geschlechtliche. Hausrat und Werkzeug tragen teils geschlechtliche Namen (Schraubenmutter, Patrone),

Digitized by Google

teils geschlechtliche Zeichen (Kreuz und Raute, Baum und Schlange).

In der Archaik verschwimmt übrigens auch innerhalb des Geschlechtlichen der bei uns gültige Gegensatz von männlich und weiblich. *Winthuis* war es, welcher in seinem Werk »Das Zweigeschlechterwesen« der androgynen Idee des Lebens (*von Römer*) neuerdings zur Geltung verhalf. Ich selbst habe mich bemüht, zweigeschlechtliche Tendenzen an der Bildnerei abendländischen Hausrats nachzuweisen.

Meinem Vorsatz, hier lediglich ein schematisches System des psychisch Amorphen zu liefern, würde ich untreu werden, wollte ich mich in Kasuistik verlieren oder gar die Konflikte erörtern, welche sich aus den Prozessen der Differenzierung und der Wiederamalgamierung der Psychismen ergeben. Im Gegeneinander des Vielfachen und des Einfachen, des Polyvalenten und des Determinierten, im unausgesetzten Wechsel von Individuierung und Wiederkollektivwerden, in Anagogie und Katagogie wirkt sich der Gottheit lebendiges Kleid.

Literatur.

Siegmund Freud: Verschiedene Schriften, insbesondere: Jenseits des Lustprinzips, Das Ich und das Es. Internat. Psychoanalytischer Verlag.

Fritz Graebner: Das Weltbild der Primitiven. Verlag Ernst Reinhardt, München. 1924.

Hirschfeld-Götz: Das erotische Weltbild, Avalun-Verlag, Dresden 1929.

Götz, 1. Kinderverse und Zauberformeln. Medizinische Welt 1928.

ders.: 2. Die Couvade.

ders.: 3. Die Passah-Feier.

ders.: 4. Vierklee und Myrthe.

ders.: 5. Erotische Symbole.

ders.: 6. Männliche und weibliche Symbole an altem Hausgerät.

ders.: 7. Sexualität, Erkenntnis, Tod.

2. bis 7. Zeitschrift für Sexualwissenschaft, Jahrgänge 1929/1931. Verlag Walter de Gruyter.

Kretschmer, Ernst: Medizinische Psychologie, Verlag Georg Thieme, Leipzig 1929.

Julian Hirsch: Magische und magizistische Bindungen des erwachsenen Kulturmenschen. Zeitschrift f. angewandte Psychologie 1931 Heft 6.

Levy-Bruhl: Das Denken der Naturvölker, Die Seele der Primitiven. Verlag Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig 1926, 1930.

K. Th. Preuß: Über die höchste Gottheit bei den kulturarmen Völkern. Zeitschrift f. psychologische Forschung Bd. 2, Heft 3/4. Julius Springer, Berlin 1922.

P. Sartori: Erzählen als Zauber, Zeitschr. f. Volkskunde, Walter de Gruyter 1930, Heft 1/2.

Digitized by Google

Eckart von Sydow: Primitive Kunst und Psychoanalyse. Imago-Bücher 10 1927.
Heinz Werner, Hamburg: Entwicklungspsychologie.
C. Wernicke: Grundriß der Psychiatrie, Leipzig 1906. Georg Thieme.
J. Winthuis: Das Zweigeschlechterwesen, C. L. Hirschfeld, Leipzig 1928.
Richard Thurnwald: »Sühne« im Reallexikon der Vorgeschichte. Walter de Gruyter.

Digitized by Google

Über den Tod Heinrichs von Kleist.

Eine Untersuchung auf Grund der Briefe und des Aktenmaterials, zugleich ein Beitrag zur Psychopathologie des Doppelselbstmordes.

Von

Walther Riese (Frankfurt a. M.).

Vorbemerkung.

Man wird nicht viel Fälle finden, in denen so viel aufschlußreiches Material an Selbstzeugnissen vorliegt, das Hintergründe, Ursachen und Umstände des Doppelselbstmordes zu durchschauen erlaubt, wie bei Heinrich v. Kleist. Es ergab sich bei dieser Untersuchung von selbst, daß die nähere Betrachtung und Würdigung der zum Freitode drängenden Motive weit hinein in das Leben des Dichters, den Aufbau und die Geschichte seiner Person führten. Die Briefe legen von diesen innerseelischen Zusammenhängen und Entwicklungen beredtes Zeugnis ab. Auf ihnen und auf dem vor einigen Jahren veröffentlichten »Aktenmaterial«[1]) über die Todesumstände baut sich diese Untersuchung auf. Die Ergebnisse der Kleistliteratur — einer jahrzehntelangen philologischen Arbeit, die dem Verfasser begreiflicherweise nur in Bruchstücken vertraut sein kann — werden absichtlich wenig und nur gelegentlich herangezogen, da das Ziel der Untersuchung (die keine Erweiterung der Tatsachen der Kleistforschung anstrebt) nicht sicherer zu erreichen war als durch ein Material, dessen authentischer Wert durch die Person des Dichters selbst beglaubigt wird, einer Forderung, der die Briefe, von Minde-Pouet mit großem Recht als voller Ersatz für die verlorengegangene »Geschichte seiner Seele« angesprochen, in vollkommener Weise entsprechen.

Herrn Prof. *Strauch*, Berlin, sowie Herrn Privatdozent Dr. *W. Pagel*, Heidelberg, bin ich für freundl. Mitarbeit an den gerichtsärztlichen bzw. medizinhistorischen und pathologischen Problemen des Gegenstandes zu Danke verpflichtet.

[1]) Kleists letzte Stunden. Bd. 5 der Schriften der Kleistgesellschaft, Berlin 1925, Weidmannsche Buchhandlung.

Digitized by Google

Göthe sagt, wo eine Entscheidung soll geschehen, da muß vieles zusammentreffen.

H. v. Kleist an Ulrike v. K. am 5. Februar 1801.

Hintergründe.

Am 21. November 1811 erschoß am kleinen Wannsee bei Berlin Heinrich v. Kleist, 34jährig, zuerst Henriette Vogel, die Frau eines kleinen Beamten, und dann sich selbst.

Schon früh und schon oft hat Kleist sich mit dem Gedanken und dem Bilde des Todes vertraut gemacht. In seltener Klarheit und Folgerichtigkeit erhebt sich der Todeswunsch nur als der letzte entscheidende Ausdruck einer in frühen Jahren schon gehegten und immer wieder erneuerten Sehnsucht nach Ruhe[2]).

Schon am 9. April 1801 schreibt er an die Braut: »Denn nichts als Schmerzen gewährt mir dieses ewig bewegte Herz, das wie ein Planet unaufhörlich in seiner Bahn zur Rechten und zur Linken wankt, und von ganzer Seele sehne ich mich, wonach die ganze Schöpfung und alle immer langsamer und langsamer rollenden Weltkörper streben, nach Ruhe!« — Ganz ähnlich, wenige Tage später: »Du hättest ein so ruhiges Schicksal verdient, warum mußte der Himmel Dein Loos an einen Jüngling knüpfen, den seine seltsam gespannte Seele ewig-unruhig bewegt?« (Brief vom 14. April 1801.) Die innere Unruhe und Richtungslosigkeit des Sehnens wird auch aus einem an Karoline von Schlieben aus Paris geschriebenen Briefe vom 18. Juli 1801 ersichtlich: »... Das warme, weiche Herz, das unaufhörlich sich sehnt, immer wünscht und hofft, und niemals genießen kann, das etwas ahndet, was es nirgends findet, das von jedem Eindrucke bewegt wird, jedem Gefühle sich hingibt, mit seiner Liebe alle Wesen umfaßt, an Alles sich knüpft, wo es mit Wohlwollen empfangen wird, sei es die Brust eines Freundes, die ihm Trost, oder der Schatten eines Baumes, der ihm Kühlung gibt — — — ist es glücklich —?« — Er war nach Paris gereist, seiner selbst und seiner Ziele völlig ungewiß (»mir ist diese Periode in meinem Leben und dieses gewaltsame Fortziehen der Verhältnisse zu einer Handlung, mit deren Gedanken man sich bloß zu spielen erlaubt hatte, äußerst merkwürdig«: Brief an Wilhelmine von Z., noch aus Berlin vom 14. April 1801! — an dieselbe aus Paris am 15. August: »... diese Reise nach Paris, von welcher ich keinem Menschen, ja sogar mir selbst nicht Rechenschaft geben kann ...«). Selten mag wohl ein Mensch vor einem solchen Unternehmen und vor der Bekanntschaft mit solcher Stadt so viel Verlangen gerade nach Ruhe empfunden und geäußert haben: »vielleicht geht doch noch etwas Gutes aus dieser verwickelten Begebenheit meines Lebens hervor — liebe Wilhelmine, soll ich Dir sagen, daß ich es fast hoffe? Ach, ich sehne mich unaussprechlich nach Ruhe!« (Noch aus Berlin am 14. April.) Dieselben Worte (»Ach, ich sehne mich unaussprechlich nach Ruhe«) kehren in einem Briefe von unterwegs, aus Leipzig, am

[2]) Der »Todestrieb« (*Freud*) bricht bei ihm also frühzeitig und unverhüllt durch.

Digitized by Google

21. Mai wieder. — Der Kontrast zwischen dem, was er sucht, und dem, was er auf der Reise findet, nimmt scharfe Formen des Ausdrucks an in einem am 3. Juni an Wilhelmine von Z. aus Göttingen gerichteten Briefe: »Bald an diesen, bald an jenen Ort treibt mich das wilde Geschick, indessen ich kein innigeres Bedürfniß habe, als Ruhe — können soviele Wiedersprüche in meinem engen Herzen wohnen? —« In diesem Briefe glaubt er auch den Weg zu sehen, auf dem er vielleicht zur Ruhe gelangen könnte: »Arbeit, fühle ich, wird das Einzige sein, was mich ruhiger machen kann.« — Auch bei Ulrike, der Schwester, die ihn begleitet, findet er — wenn auch vieles, was er schätzt, und dessen er sich freut, so doch gerade das nicht, dessen er am intensivsten bedarf: »Ich ehre Ulrike ganz unbeschreiblich, sie trägt in ihrer Seele Alles, was achtungswürdig und bewundernswerth ist, vieles mag sie besitzen, vieles geben können, aber es läßt sich, wie Göthe sagt, nicht an ihrem Busen ruhen —«. — Die Pariser Reise konnte ihm diese Ruhe nicht bringen. Er sucht weiter: »Es ist mein thörigt überspanntes Gemüth, das sich nie an dem, was ist, sondern nur an dem, was nicht ist, erfreuen kann.« (An Heinrich Lohse aus der Schweiz am 23. Dezember 1801.) — Als er eine rasche Neigung zu Luise von Wieland gefaßt hat und Oßmannstädt verlassen muß, scheint er dem Ansturm der Gefühle nicht mehr gewachsen zu sein: »Ich wollte, ich könnte mir das Herz aus dem Leibe reißen, in diesen Brief packen und Dir zuschicken.« (An Ulrike aus Leipzig am 13. März 1803.) —

Das Selbsterleben dieses Zustandes findet später seinen künstlerischen Ausdruck in der »Penthesilea«:

»Verflucht das Herz, das sich nicht mäß'gen kann«.

Mag aber hinter der ständig erneuerten Sehnsucht nach Ruhe aus soviel innerer Bewegung und äußerer Hast auch nicht gleich und nicht immer der konkrete Todeswunsch gestanden haben; mag selbst noch in dem Brief an die Braut vom 21. Juli 1801, in dem er die Frage aufwirft: »ob es nicht meine Pflicht sei, Dich von dem zu trennen, der sichtbar seinem Abgrunde entgegeneilt?« — mag selbst noch in diesem Pariser Briefe »Abgrund« mehr allgemein und symbolisch gemeint sein (immerhin schrieb er schon von unterwegs, aus Göttingen, am 3. Juni 1801, unter der Unfähigkeit, seinem Gefühl eindeutigen Ausdruck zu geben, fast zusammenbrechend: »Ach, es ist ekelhaft, zu leben —«; und immerhin schreibt er nur wenige Wochen nach jenem Pariser Briefe schon deutlicher: »Ich will mich nicht mehr übereilen — thue ich es noch einmal, so ist es das letztemal — denn ich verachte entweder alsdann meine Seele oder die Erde, und trenne sie!«):

Am 1. Mai 1802 äußert er Ulriken »eine seltsame Furcht, ich mögte sterben, ehe ich meine Arbeit vollendet habe«; und nun sofort darnach im gleichen Briefe: »ich habe keinen andern Wunsch, als zu sterben, wenn mir drei Dinge gelungen sind: ein Kind, ein schön Gedicht, und eine große That. Denn das Leben hat doch immer nichts Erhabneres, als nur dieses, daß man es erhaben wegwerfen kann«.

Digitized by Google

Vordem war es schon die Rätselhaftigkeit des Daseins gewesen, aus der heraus er den Gedanken seiner Preisgabe gewann: »Dieses räthselhafte Ding, das wir besitzen, wir wissen nicht von wem, das uns fortführt, wir wissen nicht wohin, das unser Eigentum ist, wir wissen nicht, ob wir darüber schalten dürfen, eine Habe, die nichts werth ist, wenn sie uns etwas werth ist, ein Ding, wie ein Wiederspruch, flach und tief, öde und reich, würdig und verächtlich, vieldeutig und unergründlich, ein Ding, das jeder wegwerfen mögte, wie ein unverständliches Buch, sind wir nicht durch ein Naturgesetz gezwungen es zu lieben? Wir müssen vor der Vernichtung beben, die doch nicht so qualvoll sein kann, als oft das Dasein, und indessen Mancher das traurige Geschenk des Lebens beweint, muß er es durch Essen und Trinken ernähren und die Flamme vor dem Erlöschen hüten, die ihn weder erleuchtet, noch erwärmt«: an Wilhelmine v. Z. am 21. Juli 1801.

Am 20. Mai 1802 steht am Ende eines aus der Schweiz an die Jugendfreundin gerichteten Briefes wieder ganz trocken und sachlich: »ich habe keinen anderen Wunsch als bald zu sterben. H. K.« Im August 1802 an Pannwitz: »Ich bitte Gott um den Tod....« Wie ernst es ihm damals schon um diesen Wunsch gewesen sein muß, zeigt eine Stelle aus einem Briefe, der nur ein halbes Jahr später aus Weimar an die Schwester Ulrike gerichtet ist: »es könnte eine Zeit kommen, wo Du ein leeres Blatt von mir mit Freudenthränen benetztest —«. Ein Jahr später wird die Art des Endes gesucht, das erst nach weiteren 8 Jahren erfolgen sollte. Am 26. 10. 1803 schreibt er aus St. Omer an Ulrike:

»Ich habe die Hauptstadt dieses Landes verlassen, ich bin an seine Nordküste gewandert, ich werde französische Kriegsdienste nehmen, das Heer wird bald nach England hinüberrudern, unser aller Verderben lauert über den Meeren, ich frohlocke bei der Aussicht auf das unendlich-prächtige Grab. O, du Geliebte, du wirst mein letzter Gedanke sein!« (Diesen gleichen Ton trifft Kleist noch einmal: 9 Tage vor dem Tode schreibt er an Marie von Kleist: »ein Strudel von nie empfundner Seeligkeit hat mich ergriffen, und ich kann Dir nicht leugnen, daß mir ihr Grab lieber ist als die Betten aller Kaiserinnen der Welt.« Henriette Vogel sollte später jene Saite der Kleistschen Natur, die schon in St. Omer 1803 angeklungen war, wieder zum Tönen bringen.)

Man weiß nicht viel über den Zustand, indem er sich damals in St. Omer befunden haben mag. Für ihn selbst ist es in später Rückschau, die nur sehr unvollkommen möglich ist, selbstverständlich, daß er damals »krank«[3]) gewesen sein muß. Der Brief, den

[3]) Kleist spricht in seinen Briefen noch mehrfach von »Krankheiten«: »Und im Ernste, wenn ich mein letztes Jahr überdenke, wenn ich erwäge, wie ich so seltsam erbittert gewesen bin gegen mich und alles, was mich umgab, so glaube ich fast, daß ich wirklich krank bin.« (An Ulrike v. K. vom 12. Januar 1802.)

Aus Bern schreibt er im August 1802 an Wilhelm von Pannwitz, daß er seit zwei Monaten »krank« liege. Die Schwester holte den kranken Bruder aus Bern ab und führte ihn nach Deutschland.

Digitized by Google

er von dort an den Marquis von Lucchesini geschrieben, und den dieser dem Könige vorgelegt hat, »müsse unverkennbare Zeichen einer Gemüthskrankheit enthalten, und ich unterstünde mich, von seiner Majestät Gerechtigkeit zu hoffen, daß er vor keinen politischen Richterstuhl gezogen werden würde«. (Brief an Ulrike 24. Juni 1804). Kurz darauf gibt er in einem an Henriette von Schlieben gerichteten Brief (vom 29. Juli 1804) über Reise und Krankheit folgenden Aufschluß:

»Von dort aus bin ich, wie von der Furie getrieben, Frankreich von Neuem mit blinder Unruhe in zwei Richtungen durchreiset, über Genf, Lyon, Paris, nach Boulogne sur mer gegangen, wo ich, wenn Bonaparte sich damals wirklich nach England mit dem Heere eingeschifft hätte, aus Lebensüberdruß einen rasenden Streich begangen haben würde; sodann von da wieder zurück über Paris nach Mainz, wo ich endlich krank niedersank, und nahe an 5 Monaten abwechselnd das Bett oder das Zimmer gehütet habe, ich bin nicht im stande vernünftigen Menschen einigen Aufschluß über diese seltsame Reise zu geben. Ich selbst habe seit meiner Krankheit Einsicht in ihre Motive verloren, und begreife nicht mehr, wie gewisse Dinge auf andere erfolgen konnten.«

Ist so Todeswunsch und Todessehnsucht schon früh bei Kleist auffindbar, so vermag er doch allein den Weg dorthin nicht zu finden. Er braucht einen Todesgefährten. Zweimal sucht er ihn vergeblich. Am 31. August 1806 richtet er an Rühle entschieden und stürmisch die Aufforderung: »komm, laß uns etwas Gutes thun, und dabei sterben!« (Im Juni 1807 gesteht er Marie v. Kleist, daß er im Sommer vor drei Jahren mit Pfuel »in jeder Unterredung immer wieder auf den Tod, als den ewigen Refrain des Lebens zurückkam«). In seinem an Marie von Kleist gerichteten Abschiedsbrief vom 12. 11. 1801 erinnert er sie daran, daß er sie mehrmals gefragt habe, ob sie mit ihm sterben wolle — »aber Du sagtest immer nein« —. Die Vogel mochte also nicht mehr viel zu bitten brauchen, als sie ihn zum gemeinsamen Sterben aufforderte.

Kleist, der eigentlich immer in Geldverlegenheiten war, aus denen er sich durch Anleihen, namentlich bei der Schwester, Honorarvorschüsse vom Verleger, befreien mußte, muß in der letzten Zeit in äußerster Not und Bedrängnis gewesen sein.

»Ich war vor einiger Zeit willends, nach Berlin zu gehen. Doch mein immer krankhafter Zustand macht es mir ganz unmöglich. Ich leide an Verstopfungen, Beängstigungen, schwitze und phantasiere, und muß unter drei Tagen immer zwei das Bette hüten. Mein Nervensystem ist zerstört. Ich war zu Ende des Sommers fünf Wochen in Pillau, um dort das Seebad zu gebrauchen; doch auch dort war ich bettlägrig, und bin kaum fünf- oder sechsmal ins Wasser gestiegen.« (An Ulrike v. K. vom 24. Oktober 1806.)

»Nach Dittersbach konnte ich nicht kommen, weil ich in der That krank war; und noch jetzt ist mein mittlerer Zustand (der Durchschnitt desselben) krankhaft: meine Nerven sind zerrüttet, und ich bin nur periodenweise gesund.«

Digitized by Google

Freilich schreibt er schon am 11. August 1810 an seinen Verleger Reimer: »Honorar überlasse ich Ihnen, wenn es nur gleich bezahlt wird« (für das »Kätchen von Heilbronn«); tags darauf: »da ich gar wohl weiß, wie es mit dem Buchhandel steht, so bin ich mit 80, ich bin mit 60 Thalern völlig zufrieden«, noch einen Tag später — und die Forderung wird dringlicher und bescheidener zugleich: »die Zeiten sind schlecht, ich weiß, daß Sie nicht viel geben können, geben Sie, was Sie wollen, ich bin mit allem zufrieden, nur geben Sie es gleich.« Am 12. Dezember 1810 gesteht er seinem Verleger: »Ich bin wegen der Lage meines Abendblatts in mancherlei Bedrängniß . . .«

In den letzten Lebensmonaten endlich muß er einen hartnäckigen und aufreibenden Kampf führen, um für die, einer undurchsichtigen und rücksichtslosen Politik der Staatskanzlei zuzuschreibende Zugrunderichtung der »Abendblätter« und seiner Existenz die gerechte und unentbehrliche Entschädigung zu erwirken, sei es in Form einer seinen »Verhältnissen angemessenen, und auch mit seinen anderweitigen literarischen Zwecken vereinbaren Anstellung in königl. Civildienst«, sei es in Form eines Wartegeldes, »daß für jenen empfindlichen Verlust, den er erlitten, und den er zu tragen ganz unfähig ist, einigermaßen als Entschädigung gelten kann« (Brief an den Prinzen Wilhelm von Preußen vom 20. Mai 1811). In einem Brief aus dem August 1811 (an einen unbekannten Adressaten) spricht er von dem »Drang der widerwärtigen Verhältnisse«, in denen er lebt, den dadurch noch vertieften Verstimmungen, »die in seinem Gemüth sein mögen, und die ein recht heiterer Genuß des Lebens, wenn er mir einmal zu Theil würde, vielleicht ganz leicht harmonisch auflösen würde«.) In seinem an den Staatskanzler von Hardenberg gerichteten Schreiben vom 19. September 1811 spricht er von »der beträchtlichen Unordnung, in welche, durch eben jenen Verlust des Abendblattes, seine Casse gerathen ist«; er bitte um einen Vorschuß von 20 Louisdor, um sich für die seiner Überzeugung nach vom König schon verfügte Anstellung im Militär equipieren zu können. Die Staatskanzlei hat das Schreiben nicht beantwortet (der Staatskanzler vermerkte, wie Minde-Pouet mitteilt, einen Tag nach dem Tode eigenhändig am Rande: »zu den Acten, da der p. v. Kleist nicht mehr lebt«). Für Varnhagen v. Ense unterlag es keinem Zweifel, »daß die äußere Noth und Hoffnungslosigkeit, in der er sich befand, ihn am stärksten zum Selbstmord getrieben, und daß er doch ohne Mad. Vogel diesen nie vollbracht hätte« (Brief vom 20. Februar 1847 an Eduard v. Bülow). In einem lange Zeit nach Kleists Tode geschriebenen Brief der ehemaligen Braut und Jugendfreundin schreibt diese am Schluß: »er soll die letzte Zeit körperlich und geistig krank gewesen sein, sogar mit Mangel gekämpft haben, was ich erst nach seinem Tode erfuhr«.

Eine Erörterung der Beziehung Kleists zu Goethe kann

Digitized by Google

in einer dem Todesproblem bei Kleist gewidmeten Untersuchung nicht umgangen werden. Dies um so weniger, als man in der Haltung Goethes sogar »den letzten, den entscheidenden Anlaß zu Kleists tragischem Ende« (Sofie Lazarsfeld)[4]) gesehen haben will. Zwischen Goethe und Kleist sind zwei Briefe gewechselt worden. Am 24. Januar 1808 überreicht Kleist mit der ihm eigenen und unvermeidlichen pathetischen Geste das erste Heft des »Phoebus«, in welchem ein »organisches Fragment« seiner Penthesilea abgedruckt ist, und bittet Goethe gleichzeitig um Mitarbeit an der neuen Zeitschrift. Goethe antwortet umgehend, aber gemessen; er verhehlt nicht, daß er sich mit der Penthesilea noch nicht befreunden kann: »Sie ist aus einem so wunderbaren Geschlecht und bewegt sich in einer so fremden Region, daß ich mir Zeit nehmen muß, mich in beyde zu finden«. Die Bemerkung Kleists, die Penthesilea sei ebensowenig für die Bühne geschrieben wie der »Zerbrochene Krug«, verstimmt Goethe: »es betrübt und bekümmert ihn, junge Männer von Geist und Talent zu sehen, die auf ein Theater warten, welches da kommen soll.« Er bittet Kleist um Verzeihung ob seiner Offenheit, die er als Ausdruck seines »aufrichtigen Wohlwollens« angesehen wissen will — »jetzt schon zufrieden, wenn er nur etwas vom Herzen habe«. Dennoch muß dieser Brief Kleist auf das Empfindlichste verletzt haben. Einmal wohl deswegen, weil Goethe auf die Bitte Kleists um Mitarbeit am »Phoebus«, den eigentlichen Zweck seines an Goethe gerichteten Briefes, überhaupt nicht antwortet. Um aber die volle Wirkung jenes Briefes und des in ihm enthaltenen Urteils über Kleists literarische Arbeiten richtig einschätzen zu können, muß man bedenken, daß Goethe sich schon vorher Adam Müller, Kleists Freund und Mitherausgeber gegenüber, über Kleists Arbeiten (den Amphitryon, den Zerbrochenen Krug) teils abfällig, teils nur sehr bedingt anerkennend geäußert hat. Kleist muß sich gleichwohl überwunden haben, für einen Menschen seiner Art und seines leicht verletzlichen, weil stets bedrohten Selbstgefühles gewiß kein geringer Kraftaufwand. Am 17. Dez. 1807 kann Müller jedenfalls an Goethe schreiben: »Kleist, tief bewegt durch Ihren Tadel, will durch seine beiden Trauerspiele Penthesilea und Robert Guiscard den einzigen Richter gewinnen, auf dessen Urtheil es ihm ankömmt«, und Kleist selbst bringt einige Wochen später nun tatsächlich die Penthesilea »auf den Knieen seines Herzens« dar. Die Schnelligkeit, mit der Goethe antwortet, die äußere Verbindlichkeit, die Versicherung aufrichtigen Wohlwollens, selbst die Tatsache, daß Goethe um diese Zeit den Zerbrochenen Krug in Weimar einstudierte, können Kleist

[4]) Jahrbuch der Kleistgesellschaft 1925 u. 1926, Berlin, Weidmannsche Buchhandlung 1927.

Digitized by Google

nicht über die Tatsache hinwegbringen daß Goethe, dem er sich nicht ohne Demut genähert hat, ihn nun ein zweites Mal ablehnt — und dies, nachdem Kleist sich trotz des ersten Tadels selbst noch einmal an Goethe gewandt hatte. Es kam zu der bekannten Explosion. Kleist greift Goethe in Epigrammen an und schreibt ihm die Verantwortung für den gänzlichen Mißerfolg der Weimarer Aufführung des Zerbrochenen Kruges zu, die sich Goethe seiner eigenen Aussage nach »viel Mühe und Proben kosten ließ« (Gespräch mit Falk); ja, Kleist trug sich sogar mit der Absicht, wie Goethe Falk gegenüber später berichtete, »eine Ausfoderung deswegen nach Weimar schicken zu wollen«. Goethe mußte darin eine Vervollständigung seines Urteils über Kleist erblicken, dem er »eine zu große Reizbarkeit der Nerven oder Krankheit« zugute hielt. In erstaunlicher Vorhersicht sagt er um 1809 von Kleist: »Sein Hypochonder ist gar zu arg; er richtet ihn als Menschen und Dichter zugrunde« (Gespräch mit Falk). Die Tatsachen sollten ihm recht geben, und er durfte später mit größerer Sicherheit sagen: »Mir erregte dieser Dichter, bei dem reinsten Vorsatz einer aufrichtigen Theilnahme, immer Schauder und Abscheu, wie ein von der Natur schön intentionierter Körper, der von einer unheilbaren Krankheit ergriffen wäre« (zit. nach »Goethe und die Romantik«, Schriften der Goethegesellschaft 1899, S. XXXVII). — Goethe hat sich über seine Haltung Kleist gegenüber ernstlich Rechenschaft abgelegt und glaubte sich ein Recht zuerkennen zu dürfen, Kleist zu tadeln, »weil er ihn geliebt und gehoben habe«; die Aufrichtigkeit dieses Rechtsgrundes ist Zweifeln begegnet, man will sogar in dem Weimarer Bühnenmißerfolg des Zerbrochenen Krugs ein »Arrangement« Goethes gesehen haben, der um seine eigene Sicherheit und Überlegenheit gebangt habe. Diese Dinge gehören, da sie die Problematik Goethescher und nicht Kleistischer Seelenvorgänge betreffen, nicht in den hier interessierenden Zusammenhang. Unbewiesen scheint uns aber die Annahme, daß Goethes Ablehnung den letzten und entscheidenden Anlaß zu Kleists tragischem Ende abgegeben habe. Hierfür fehlt es an jedem Anhaltspunkt in den Briefen, den Selbstzeugnissen, in welchen Kleist über die Motive, die ihn zum Selbstmord drängten, offenen und hinreichenden Aufschluß erteilt. Im Gegenteil: wir finden sogar eine Briefstelle, aus der unzweideutig hervorgeht, daß Kleist später (August 1811) in überlegener Ruhe und Selbstkritik über Goethe und seine künstlerische Stellung zu ihm urteilen konnte; er schreibt (an einen unbekannten Adressaten) u. a.:

»... so wie wir schon einen Dichter haben — mit dem ich mich übrigens auf keine Weise zu vergleichen wage — der alle seine Gedanken über die Kunst, die er übt, auf Farben bezogen hat, so habe ich von meiner frühesten Jugend an alles Allgemeine, was ich über die Dichtkunst gedacht habe, auf Töne bezogen.«

Digitized by Google

So spricht kein Mensch, der im Persönlichen der Beziehung noch so befangen wäre, daß er zum Sachlichen in der Beurteilung nicht vorzudringen vermöchte. Wie stark Kleist um diese Zeit in seinem künstlerischen Urteil innerlich gereift war und sich bei aller Würdigung der Größe Goethes doch dem Urteil Weimars gegenüber autochton gesichert gewußt haben muß, geht aus einem Briefe aus dem gleichen Monat des Jahres 1811 hervor, in dem es u. a. heißt:

»Das Urtheil der Menschen hat mich bisher viel zu sehr beherrscht; besonders das Käthchen von Heilbronn ist voll Spuren davon. Es war von Anfang herein eine ganz treffliche Erfindung, und nur die Absicht, es für die Bühne passend zu machen, hat mich zu Mißgriffen verführt, die ich jetzt beweinen mögte. Kurz, ich will mich von dem Gedanken ganz durchdringen, daß, wenn ein Werk nur recht frei aus dem Schooß des menschlichen Gemüths hervorgeht, dasselbe auch nothwendig darum der ganzen Menschheit angehören müsse.«

Hier findet er die ganze Sicherheit des Urteils wieder, mit der er, bei aller Demut der Haltung, an Goethe drei Jahre zuvor geschrieben hatte, daß weder die »Penthesilea« noch der »Zerbrochene Krug« für die Bühne geschrieben seien, und daß er es nur »Ew. Exzellenz gutem Willen zuschreiben kann, ihn aufzumuntern, wenn dies letztere gleichwohl in Weimar gegeben wird. Unsre übrigen Bühnen sind weder vor noch hinter dem Vorhang so beschaffen, daß ich auf diese Auszeichnung rechnen dürfte, und so sehr ich auch sonst in jedem Sinne gern dem Augenblick angehörte, so muß ich doch in diesem Fall auf die Zukunft hinaussehen, weil die Rücksichten gar zu niederschlagend wären.«

Wenn er jetzt als Vorzug rühmen muß, was ihm damals noch ein Mangel schien, was ihm aber vor allem von Goethe als schweres Manko angerechnet wurde (daß er nämlich für »die unsichtbare Bühne« schreibe), so ist dies ein nicht nur erneut, sondern auch mit größerer Selbstgewißheit und Festigkeit vorgetragenes Bekenntnis zur eigenen künstlerischen Sendung, an der ihn also auch ein Goethe nicht irre zu machen vermochte. — Jene Annahme, Goethes Tadel und Ablehnung habe den entscheidenden und letzten Anlaß zum Selbstmord gegeben, geht überdies über die Tatsache hinweg, daß Kleist nach dem Zusammenstoß mit Goethe und nach dem Eingehen des »Phoebus« in die erfolgreichste literarische Tätigkeit seines Lebens eintrat, als Herausgeber der »Berliner Abendblätter«. Auch fand er um jene Zeit mancherlei Anschluß, Freunde und Gleichgesinnte in Berlin, Gründe genug, die sein durch Goethe gewiß schwer erschüttertes Selbstgefühl wieder zur Ruhe kommen lassen konnten. Er wirkt bei seinem Auftreten in Berlin auf Brentano »arm und fest«, an der christlich-deutschen Tischgesellschaft war er »frisch und gesund unser Mitesser«. Mit äußerster Energie und Tatkraft greift der Journalist Kleist in die literarischen und künstlerischen

Digitized by Google

Probleme seiner Zeit ein, und niemals hätte er die »Berliner Abendblätter« so straff redigieren, niemals übrigens auch eine so reiche Schaffenskraft noch entfalten können (erst jetzt entstanden ja das »Käthchen von Heilbronn«, die »Hermannsschlacht«, der »Prinz von Homburg«, der verlorene zweibändige Roman — von kleineren Arbeiten ganz zu schweigen), hätte Goethes Haltung schon über ihn und sein Leben entschieden. Eine solche Annahme ginge offensichtlich über geschichtliche Tatsachen hinweg. Soviel aber mag zugegeben werden: ein neuer Zusammenbruch seiner Unternehmungen — und er erfolgte nur leider zu rasch —, die Aussichtslosigkeit seiner Lage und der allgemeinen Situation, vor allem aber die Isolierung, in die er geriet und, namentlich von der Familie, gedrängt wurde, mochten wieder den Boden abgeben, auf dem altes Leid, frühere Enttäuschung und Verbitterung erneut aufschossen. In kritischen Zeiten und Augenblicken des Zusammenbruchs ist der Mensch mit der ganzen Last scheinbar vergessenen und verwundenen Mißgeschicks und alter Schmerzen beschwert, und die Tat erscheint überdeterminiert von allem Leidvollen, was gewesen und vielleicht schon einmal, wenn auch nur vorübergehend, in die gleiche Richtung drängte wie der jetzige Augenblick. In diesem Sinne mag auch Goethe in das tragische Ende Kleists mit verstrickt gewesen sein. So sah es auch Achim von Arnim, der auf die Nachricht, »daß sich Kleist, nachdem er eine Frau Vogel, die ziemlich alt und häßlich, mit ihrem Willen erschossen, sich selbst mit der Pistole umgebracht hat«, über die mutmaßlichen Gründe der Tat an Wilhelm Grimm (6. Dez. 1811) folgendes schrieb:

»Der arme Kerl, so wenig Freude mir seine störrische Eigenthümlichkeit gemacht hat, er thut mir doch leid, er meinte es mit seiner Arbeit so ehrlich wie wenige. Seine Erzählungen sind gewiß sehr brav und seinem dramatischen Talente fehlte eigentlich nur ein Theater, das er geachtet hätte, indem es sich für ihn interessirte. Goethes unglückliche Wahl des Zerbrochenen Kruges zur Aufführung, als er aus Deutschland abwesend, der schlechte Erfolg dieser Aufführung, hatten etwas Herbes in ihm zurückgelassen: ebenso der schlechte Erfolg des Phöbus, der sich doch offenbar vor den meisten Journalen auszeichnete: zuletzt wie ihm das Abendblatt durch den Minister, der es fürchtete, vernichtet wurde: Mangel mag auch mitgewirkt haben. Genug, ursprünglich hat vielleicht keine Natur so weit gehabt, soviel Stufen bis zu dieser Gewaltsamkeit übersteigen müssen« (zit. nach Reinhold Steig[5]), S. 682).

In diesem Briefe führt Arnim die verhängnisvolle Beziehung zu Goethe als einen Kausalfaktor unter anderen an, die Kleist zum Tode trieben: der Bedeutung des Zusammenbruchs des »Phoebus« und der »Berliner Abendblätter« sowie der Not, in die der Dichter geriet, nachdem das Ministerium ihn fallen ließ, vermag sich Arnim nicht zu entziehen. Er wird damit im Prinzip der

[5]) H. v. Kleist's Berliner Kämpfe, Berl. u. Stuttg. 1901.

Digitized by Google

vielfachen Determiniertheit jener beiden Schüsse gerecht, die am 21. November 1811 am kleinen Wannsee fielen, wenn Arnim auch nicht alle Motive nennen kann, die zum Selbstmord drängten. Er unterschätzt zweifellos die Todesbereitschaft Kleists, welcher der Dichter an vielen Stellen seiner Briefe unverhohlenen Ausdruck verleiht, und die schon in früheren Anträgen zum gemeinsamen Sterben durchbrach; es ist also nicht richtig, daß es »ursprünglich vielleicht keine Natur so weit gehabt hat, soviel Stufen bis zu dieser Gewaltsamkeit übersteigen zu müssen«. Arnim unterschätzt aber auch augenscheinlich den (später noch zu klärenden) Anteil der Henriette Vogel am gemeinsamen Tode, einer Frau, die im Leben und Schaffen Kleists keine bestimmende Rolle einnahm, und deren verhängnisvoller Zugriff in das (freilich entscheidungsreife) Schicksal des Dichters in letzter Stunde selbst Nahestehenden und Freunden daher ebenso verabscheuenswert wie rätselhaft erscheinen mußte. —

Während der Anteil Goethes am tragischen Ausgang des Lebens Heinrichs von Kleist überschätzt wurde, hat man den Kants bisher m. E. unterschätzt. Und doch legen die Briefe beredtes Zeugnis für die Tatsache ab, daß die Begegnung mit Kant — die nicht, wie bei Goethe, eine Begegnung mit dem Menschen, sondern mit dem Werke war — von unheilvollem und nicht nur vorübergehendem Einfluß auf Leben, Arbeit und — in gewissem Sinne darum auch Ende des Dichters war. Kleist ist bekanntlich an der Kantischen Philosophie gestrandet. Die Berührung mit den Gedankengängen der »Kritik«, die er in ihrem Wesen mißverstand, führte einen vollständigen Zusammenbruch herbei (damals kein Einzelfall und unvermeidlich bei einem Menschen wie Kleist, dessen unerbittliche Ernst den, freilich aus irrigen Voraussetzungen hergeleiteten Verzicht auf Wahrheitsfindung nicht ertragen konnte) — einen Zusammenbruch, auf dessen psychologische und metaphysische Wurzeln hier im einzelnen nicht eingegangen werden kann: genug, er fürchtete zu Unrecht, daß eine Welt, die uns nur in einer durch unseren Erkenntnisorganismus bedingten Form entgegentritt, dadurch notwendig auch an Wirklichkeit verlieren, eine Welt der »Erscheinungen« auch eine Welt des Scheins sein müßte. Es genügt für unsere Aufgabe, die Tatsache einer durch dieses tragische (übrigens auch typische) Mißverständnis bedingten nachhaltigen Erschütterung festzustellen, aus der sich Kleist, der zunächst in Kaffeehäusern und Tabagien umherirrte, durch eine gründliche Änderung der Lebensform zu retten suchte: er ging auf Reisen. Aber die Ideen der »Kritik« und ihre unheilvollen Auswirkungen auf das nur auf gefühlsmäßige Erfassung der Wirklichkeit gestellte Gemüt des Dichters verlassen ihn auch nicht auf Reisen. In einem Pariser Briefe (vom

Digitized by Google

15. 8. 1801 an Wilhelmine von Zenge) taucht bei der Auseinandersetzung mit den Gedankengängen der »Kritik« und ihren moralphilosophischen Grundlagen (der Name Kant wird an dieser Stelle freilich nicht mehr genannt) zum erstenmal das Todesmotiv auf. Er spricht in Andeutungen von einem »Entschluß«, der zustande kommen muß, von einem »Schritte, der die ganze Bahn der Zukunft bestimmen soll«, von dem durch die plötzliche Unterbrechung seiner Studien »Versäumten«, das er nun nachholen will, »aber nicht nur bloß um der Wahrheit willen, sondern für einen menschenfreundlicheren Zweck« — von Dingen, wozu er der Zeit bedarf: »denn ich bedarf Gewißheit und Sicherheit in der Seele.«

»Ich will mich nicht mehr übereilen — thue ich es noch einmal, so ist es das letztemal — denn ich verachte entweder alsdann meine Seele oder die Erde, und trenne sie.«

Bedeutet die Berührung mit Kant wirklich den Zusammenbruch — und seine Briefe lassen darüber keine Zweifel aufkommen —, so war dieser Zusammenbruch durch die vom Dichter versuchte Wendung vom Wissen zur Tat nicht aufgehoben, sondern nur aufgeschoben. Denn er hatte die Krise, in die ihn die Beschäftigung mit der Kantischen Philosophie gestürzt hatte, nicht organisch überwunden, was nur durch beharrliche Weiterführung der einmal begonnenen Denkarbeit (und eine hierzu freilich unentbehrliche, bei Kleist wahrscheinlich in ausreichendem Maße nicht vorhandene intellektuelle Begabung) möglich gewesen wäre. Kleist hatte diese Krise nicht organisch gelöst, sondern versucht, sie einfach liegen zu lassen. Dies mochte gehen, solange aus der Wendung zur Tat immer neue Inhalte sich ergaben und die, stets nur vorübergehend unterbrochene »Reise«[6]), die er nach dem an Kant erfolgten Zusammenbruch antrat, Wechsel über Wechsel herbeiführte, welche den »Abgrund«, der sich ihm bei der Begegnung mit Kant eröffnet hatte, zuzudecken schienen; aber jene erste große Auflockerung und die Gefahren, die sie mit sich brachten, konnten jederzeit wieder in das Bewußtsein treten, zumal dann, wenn die Wendung zur Tat in eine ausweglose Irre zu führen schien oder andere Umstände Körper und Seele in ihrem Bestand und ihrer zunächst geretteten Form bedrohten. Der Gedanke an den Tod taucht zum ersten Male auf, als er sich den moral-

[6]) Die vielen gemeinsamen Reisen sollen nach psychoanalytischer Auffassung die Verwirklichung des infantilen Wunsches bedeuten, die Mutter zu entführen (*Sadger, Jones*); der letzte Entführungsversuch bringe, wie später noch erwähnt werden wird, die Erfüllung, wenn freilich auch erst im gemeinsamen Grabe. In dieser Deutung gewänne dann die Tatsache, daß die erste gemeinsame Reise (mit der Schwester) im unmittelbaren Anschluß an die Kantkrise erfolgte, eine besondere, schon auf das Ziel, den Tod, hinweisende symbolische Bedeutung.

Digitized by Google

philosophischen Kernproblemen der »Kritik« gegenübersieht und sie verfehlt (Brief v. 15. August 1801): er schwindet nun nicht mehr aus den Briefen. Und insofern die Voraussetzung eines Zusammenbruches an Kant anerkannt werden muß und die weiteren Bedingungen, von denen noch ausführlich die Rede sein wird, sich erfüllten, steht die unheilvolle Begegnung mit der kritischen Philosophie in einem, wenn auch entfernten Kausalzusammenhang mit dem tragischen Ende des Dichters.

Ursachen.

Kleist selbst hat in seinem an Marie v. K. gerichteten Brief vom 10. Nov. 1811 in einer fast die Schärfe eines juristischen Schriftsatzes verratenden Klarheit und Präzision vier Gründe für den Entschluß zum gemeinsamen Tod mit Henriette Vogel angegeben. An erster Stelle sucht er den Grund in sich selbst.

In seinem am Morgen des Todes geschriebenen Abschiedsbrief an Ulrike sieht er in der eigenen Person sogar den einzigen Grund seines frühen und gewaltsamen Endes: »Die Wahrheit ist, daß mir auf Erden nicht zu helfen war«. Wir haben indessen guten Grund, daran zu zweifeln, daß Kleist, mag sein äußeres Verhalten und sein Handeln am Tage des Todes und selbst noch kurz zuvor auch durchaus gesammelt und zielgerichtet erscheinen, in den letzten Stunden seines Lebens in eigener Sache noch ruhig, besonnen und kritisch zu urteilen imstande war: galt es doch, mit aller Gewalt eine innere Verfassung anzustreben, in welcher die Waffe auf die Todesgefährtin und dann auf die eigene Person zu richten, möglich wurde, eine Verfassung, die nicht ohne die fremde Hilfe der Vogel und nicht ohne eine Art ekstatischer Aufhebung der Wirklichkeit zu gewinnen war. Zu dieser Aufhebung der Wirklichkeit gehört aber auch in gewisser Weise die Löschung fremden Schuldkontos am eigenen Untergang, da nur so jene versöhnliche und heitere Stimmung sich gewinnen ließ, deren Kleist und die Vogel für ihr Sterben bedurften, und in welcher der Tod nicht als ein von außen aufgenötigtes, durch fremde Hand hereinbrechendes Geschehen, vielmehr als ein aus der Logik der Ereignisse und der Natur der eigenen Person sich ergebender, notwendiger und harmonischer Abschluß erfolgen sollte. Kurz, den alten Tatsachen mußte Gewalt angetan werden, wenn neue geschaffen werden sollten, die sich zwangsläufig ergeben mußten: während des Lebens und innerhalb seiner ist der Tod aber nicht die Konsequenz des Lebens; der Grund des Todes mußte daher jenseits und sozusagen schon vor dem eigenen Leben, in den Bildungsgesetzen der eigenen Person gesucht werden. An dieser Stelle wird m. E. in aller Schärfe sichtbar, daß Kleist, bei aller oft geäußerten Todessehn-

Digitized by Google

sucht und aller Zielsicherheit der Vorbereitung und Ausführung, den Selbstmord doch nur unter einer großen Verleugnung der Wirklichkeit vollziehen konnte, daß er das Leben sozusagen für sich erst durch eine großartige, des Dramatischen nicht entbehrende Geste aufgehoben haben mußte, um sich den Tod geben zu können, kurz, daß er im Leben das Leben zu verlassen und zu verraten doch nicht imstande war, wie dies denn bei dem Charakter seiner Person, die gleich vital wie sittlich war, nicht anders zu erwarten war.

Am 10. November aber, dem Tage, da er vor Marie v. K., die ihn anscheinend von seinem Vorhaben energisch abzuhalten versucht hatte, die Motive ausbreitet, die ihn zu diesem Schritt drängten, war er der Ausführung der Tat selbst noch fern: er stand noch mitten im Leben und unter den Lebenden, mag die Zahl derer, die er noch zu den Seinen rechnen konnte, auch nur mehr sehr gering geworden sein. Sein Brief an Marie v. K. ist der Versuch einer Rechtfertigung seines Schrittes. Soll ihm diese Rechtfertigung auch zur Legitimierung seines Handelns verhelfen und ihm sozusagen die Berechtigung zum Selbstmord, d. h. zur Trennung von der Welt erwirken, so stellt er durch die Tatsache, daß er sich überhaupt rechtfertigt, doch noch eine Beziehung zu den Lebenden her: er mußte daher, zu jener Zeit noch ganz wirklichkeitszugewandt, die Motive zur Handlung aus der gemeinsamen Welt herleiten, und er mußte, als stünde er vor einem Richter, den Nachweis seiner Berechtigung zur Tat sorgfältig und wachen Sinnes führen. Und so spürt man denn auch bei aufmerksamer und wiederholter Lektüre jenes Briefes an Marie v. K., dem bei aller Gewalt der Empfindung, die er ausströmt, nicht nur eine ungewöhnliche Schärfe und Präzision im Ausdruck, sondern auch eine erstaunliche Sicherheit und Geschlossenheit im Aufbau eignet, einen Hauch der Rechtssphäre des Michael Kohlhaas. Aus den genannten Gründen ist aber jener Brief auch ein so zuverlässiges Beweisstück für die in Wirklichkeit zur Tat drängenden, wenn auch kein ausreichendes Beweisstück für alle die Tat realisierenden Motive. — Er schuldigt sich einer Empfindlichkeit an, die ihm das Leben unerträglich macht:

»Meine Seele ist so wund, daß mir, ich mögte fast sagen, wenn ich die Nase aus dem Fenster stecke, das Tageslicht wehe thut, das mir darauf schimmert.«

Indessen begreift er diese Empfindlichkeit nicht als eine autochthone, dadurch übrigens sofort in einen ebenso großartigen wie tragischen Widerspruch geratend zu seinen Ausführungen am Schlusse des Briefes, an dem er sich das Urteil der Vogel zu eigen macht, die seine »Traurigkeit als eine höhere, festgewurzelte und unheilbare begreift«. Zu Beginn des Briefes wird das Wundsein

Digitized by Google

der Seele und die Empfindlichkeit jedenfalls aus der Geschichte der Person und des Lebens verstanden:

»Dadurch, daß ich mit Schönheit und Sitte, seit meiner frühesten Jugend an, in meinen Gedanken und Schreibereien, unaufhörlich Umgang gepflogen, bin ich so empfindlich geworden, daß mich die kleinsten Angriffe, denen das Gefühl jedes Menschen nach dem Lauf der Dinge hinieden ausgesetzt ist, doppelt und dreifach schmerzen.«

Hier wird ganz deutlich, daß er in dem Kontrast zwischen dem, was er ständig erstrebt, und dem, was er antraf, den Grund zur Entstehung seiner Empfindlichkeit erblickt, die erst am Ende einen solchen Grad erreichte, daß ihn schon die »kleinsten Angriffe, denen das Gefühl jedes Menschen nach dem Lauf der Dinge hinieden ausgesetzt ist, doppelt und dreifach schmerzen«.

War Kleist hier ein richtiger Interpret seiner eigenen Person und ihrer Geschichte, so müssen uns in seinen Briefen Dokumente der Entstehung seiner Empfindlichkeit begegnen. Und dies ist tatsächlich der Fall. Die Geschichte seiner Neigung zu Wilhelmine v. Z. und seines Verlöbnisses mit ihr ist im Grunde nichts anderes als die ständige Erneuerung seines Ringens um »Schönheit und Sitte«. Die Briefe, die er an sie richtet, sind, soweit sie erhalten sind, in der Mehrzahl, »Schreibereien«, in denen er mit Schönheit und Sitte »unaufhörlichen Umgang gepflogen«, sei es, um an sich selbst zu arbeiten, sei es, um sie zu bilden, seiner Bestrebungen und Ziele würdig zu machen. In diesem Zusammenhang verlieren Ton und Inhalt mancher Briefstellen, in denen er sie zu besserer Bildung ihres Geistes anhält, sie ermuntert, beaufsichtigt und zensiert, in denen er aber andererseits auch in Stolz und Selbstgewißheit sie fühlen läßt, daß sie seiner würdig zu werden habe — manche solcher Briefstellen verlieren in diesem Zusammenhang das überheblich Schulmeisterliche, das ihnen bei erster Lektüre anzuhaften scheint. Denn gemessen an den Zielen, die Kleist vor sich sah, und denen er zustrebte, und welche im Grunde auf Persönlichkeitsbildung im schönsten und umfangreichsten Sinne hinausliefen

(»immer unaufhörlich einem höhern Grade von Bildung entgegenzuschreiten, ward bald das einzige Princip meiner Thätigkeit«: an Wilhelmine v. Z. am 22. März 1801),

mußte die junge Generalstochter aus Frankfurt a. d. O., von der Zeitgenossen nur den Eindruck einer »unbedeutenden« Frau gewannen, wohl noch sehr der Führung und Bildung bedürftig erscheinen. Kleists erstes Urteil über sie lautete:

»Die älteste Zengin, Minette, hat sogar einen feineren Sinn, der für schönere Eindrücke zuweilen empfänglich ist; wenigstens bin ich zufrieden, wenn sie mich zuweilen mit Interesse anhört, ob ich gleich nicht viel von ihr wieder erfahre.« (An Ulrike am 12. November 1799.)

Digitized by Google

Schon in der ersten Frühzeit des Verlöbnisses regt sich Kleists Eifer, sie zu bilden und am »Umgang mit Schönheit und Sitte« teilhaben zu lassen:

»Dafür will ich denn auch an Ihre Bildung arbeiten, Wilhelmine, und den Werth des Mädchens, das ich liebe, immer noch mehr veredlen und erhöhen.« (An Wilhelmine von Z., Anfang 1800.)

Dieser Wunsch begleitet ihn auf Reisen:

»Die Natur würde gewiß das Gefühl und den Gedanken in Dir erwecken; ich würde ihn zu entwickeln suchen und selbst neue Gedanken und Gefühle bilden.« (Aus Dresden am 4. September 1800.)

Ihre Fähigkeit, sich seinen Bildungsversuchen anzupassen, wird sogar entscheidende Bedingung seiner Liebe:

»Nur dann könnte und müßte ich gleichgültig gegen Dich werden, wenn die Erfahrung mich lehrte, daß der Stein, den ich mit meiner ganzen Seele bearbeitete, den Glanz aus ihm hervorzulocken, kein Edelstein wäre. — Ich würde Dich darum nicht verlassen, — denn warum solltest Du den Irrthum büßen, den ich begieng? Aber unglücklich würde ich sein, und Du würdest nicht glücklich sein, weil ich es nicht sein kann; denn das Gemeine kann man nur brauchen, nur das Edlere kann man lieben, und nur die Liebe macht das Leben süß.« (Aus Berlin am 11. Januar 1801.)

Man erkennt gleichzeitig, daß er sich ihrer Gefolgschaft nicht etwa deswegen versicherte, weil er an ihr Gebieterinstinkte verwirklichen und eine im Grunde versagte Überlegenheit sich zu Lehen geben lassen wollte, sondern weil er Wertträger war: Wilhelminens (und anderer) Treue und bedingungslose Hingabe sollte seiner gebrechlichen Person nur als Trägerin objektiver Werte gelten!

Gewiß, wenn Kleist schreibt: ».... das ist nun einmal mein Bedürfnis; und wäre ein Mädchen auch noch so vollkommen, ist sie fertig, so ist es nichts für mich. Ich selbst muß es mir formen und ausbilden...« (an Wilhelmine v. Z. am 5. September 1800) — so liegt es nur zu nahe, an Graf Wetter von Strahl zu denken oder an jenen 25jährigen Kleist, der eine Neigung zu der 13½jährigen Tochter Wielands faßt. Aber das ist nur die halbe Wahrheit. Das volle Verständnis für die Grundlage der in jener Briefstelle zum Durchbruch kommenden Haltung Kleists gewinnt man erst, wenn man zur Kenntnis nimmt, zu welchen Zielen er sich der bildsamen Person bemächtigen will:

»Ja, Wilhelmine, wenn Du mir könntest die Freude machen, immer fortzuschreiten in Deiner Bildung mit Geist und Herz, wenn Du es mir gelingen lassen könntest, mir an Dir eine Gattin zu formen, wie ich sie für mich, eine Mutter, wie ich sie für meine Kinder wünsche, erleuchtet, aufgeklärt, vorurtheilslos, immer der Vernunft gehorchend, gern dem Herzen sich hingebend — dann, ja dann könntest Du mir für eine That lohnen, für eine That —.« (An Wilhelmine v. Z. vom 15. September 1800.) — »Wenn Du es ahnden könntest, wie der Gedanke, aus Dir einst ein vollkommnes Wesen zu bilden, jede Lebenskraft in mir erwärmt, jede Fähig-

Digitized by Google

keit in mir bewegt, jede Kraft in mir in Leben und Thätigkeit setzt!« (An Wilhelmine v. Z. am 10. Oktober 1800.)

Dennoch entbehrt — es erscheint notwendig, dies festzustellen — seine Neigung zu ihr nicht etwa des Sinnlichen: es gibt genug Briefstellen, die voller Leidenschaft sind; man lese nur:

»Ich habe mir Dich in diesem Augenblick ganz lebhaft und gewiß vollkommen wahr, vorgestellt, und bin überzeugt, daß an dieser Vorstellung nichts fehlte, nichts an Dir selbst, nichts an Deinem Anzuge, nicht das goldne Kreuz, und seine Lage, nicht der harte Reifen, der mich so oft erzürnte, selbst nicht das bräunliche Mal in der weichen Mitte Deines rechten Armes. Tausendmal habe ich es geküßt und Dich selbst. Dann drückte ich Dich an meine Brust und schlief in Deinen Armen ein.« (Am 1. September 1800.)

Und man vergesse auch nicht, daß die Braut später gestand, nach ihrer Verheiratung (mit dem Professor Krug) diese Briefe nicht wieder haben lesen zu wollen, »weil sie alle in der höchsten Leidenschaft geschrieben«, und sie daher, da sie sich selbst nicht so viel Kraft zutraute, ihrem Vorsatze treu zu bleiben, zu großem Teile verbrannte (Brief der Wilhelmine Krug an eine Freundin, 26. August 1823). Aber seine Leidenschaft bleibt ihr gegenüber doch stets im Dienste seiner und ihrer Persönlichkeitsbildung. Und in dem Augenblick, da er erkennen zu können glaubt, daß sie ein letztes Verständnis für das Außerordentliche und Ungewöhnliche seiner Lebensziele doch nicht aufbringen kann und aus Gründen der Familie und der eigenen physischen Unzulänglichkeit im Herkömmlichen, Gewohnten und daher Leichteren zu verbleiben wünscht, löst er auch, anscheinend etwas plötzlich, das Verlöbnis auf.

Es waren aber nicht nur die hohen Zielsetzungen, die ihn je länger je mehr von einer ganz andersartig aufgebauten Gesellschaft von Militärs und Beamten entfernen und ihn gegen die Berührung mit ihr empfindlich machen mußten.

»Ja, wenn man den warmen Körper unter die kalten wirft, so kühlen sie ihn ab — und darum ist es wohl recht gut, wenn man fern von den Menschen bleibt.« (An Ulrike am 25. November 1800.) — »Unaufhörliches Fortschreiten in meiner Bildung, Unabhängigkeit und häußliche Freuden, das ist es, was ich unerlaßlich zu meinem Glücke bedarf. Das würde mir kein Amt geben, und daher will ich es mir auf irgend einem andern Wege erwerben und sollte ich mich auch mit Gewalt von allen Vorurtheilen losreißen müssen, die mich binden. Aber behalte dies Alles für Dich. Niemand versteht es, das haben mir tausend Erfahrungen bestätigt«: im gleichen Brief. — »Ich trage eine innere Vorschrift in meiner Brust, gegen welche alle äußern, und wenn sie ein König unterschrieben hätte, nichtswürdig sind. Daher fühle ich mich ganz unfähig, mich in irgend ein conventionelles Verhältnis der Welt zu passen.« (An Wilhelmine v. Z. am 10. Oktober 1801.) Auch das immer stärker sich vordrängende Bewußtsein der eigenen künstlerischen Sendung, die Selbstgewißheit der künftigen Leistung (»Wil-

Digitized by Google

helmine, warte zehn Jahre und Du wirst mich nicht ohne Stolz umarmen« schreibt er am 13. November 1800 in sicherer Vorausahnung einstiger Größe und: »Du sollst einst einen Mann an Deine Brust drücken, den edle Menschen ehren...« am 22. März 1801) ließen ihn vor den Zeitgenossen, zumal denen seiner Gesellschaftssphäre, und ihren Ansprüchen an ein »nützliches Glied der menschlichen Gesellschaft« zurückweichen. Sie ihrerseits hatten nicht das unmittelbare Erlebnis seiner Sendung und wohl, von geringen Ausnahmen abgesehen, auch nicht den Blick für das große Versprechen, das in Kleist lebendig war.

Für sie lag die Situation so, daß er als Offizier vorzeitig seinen Abschied nahm, nach unbegreiflichem Zögern und Zaudern und unter größten inneren Schwierigkeiten und auch nur vorübergehend sich zur Annahme eines Amtes entschloß, große Reisen machte, nichts verdiente, nur verbrauchte, viel versprach, alle hinhielt und, wie er schließlich selbst auch zugestand, »durch einige seltsame Schritte die Erwartung der Menschen gereizt« (an W. v. Z. am 10. Okt. 1801) hatte. Er kann sich nicht ganz frei machen von ihnen — wenn ihn auch die Frage: »Und warum soll ich denn grade ihre Erwartung erfüllen?« (im gleichen Briefe) einmal ganz nahe an die völlige Emanzipation heranbringt —. Die Haltung der Familie gegenüber bleibt stets ambivalent: »sollte man wohl glauben, daß ein Mensch, der in seiner Familie alles fand, was ein Herz finden kann, Liebe, Vertrauen, Schonung, Unterstützung mit Rath und That, sein Vaterland verlassen kann, ohne selbst einmal schriftlich Abschied zu nehmen von seinen Verwandten?« (An Wilhelmine v. Z. v. 3. Juni 1801.) — »Denn erzürnt sind sie auf mich, ich fühle es wohl, nicht einmal einen Gruß schenken sie dem Entfernten. Ich aber drücke mich an ihre Brust und weine, daß das Schicksal oder mein Gemüth — und ist das nicht mein Schicksal? eine Kluft wirft zwischen mich und sie.« (An Ulrike v. 12. 1. 1802.) Er läßt sich von ihrer »Angst, was aus ihm werden werde, rasend machen«, schuftet sich ab, um ihnen den Beweis seiner Sendung zu erbringen, bevor noch die Stunde der Reife gekommen: »Der Himmel weiß, meine theuerste Ulrike (und ich will umkommen, wenn es nicht wörtlich wahr ist), wie gern ich einen Blutstropfen aus meinem Herzen für jeden Buchstaben eines Briefes gäbe, der so anfangen könnte: 'mein Gedicht ist fertig'. Aber, du weißt, wer, nach dem Sprüchwort, mehr thut, als er kann. Ich habe nun ein Halbtausend hinter einander folgender Tage, die Nächte der meisten mit eingerechnet, an den Versuch gesetzt, zu so vielen Kränzen noch einen auf unsere Familie herabzuringen: jetzt ruft mir unsere heilige Schutzgöttin zu, daß es genug sei. Sie küßt mir gerührt den Schweiß von der Stirne, und tröstet mich, ‚wenn Jeder ihrer lieben Söhne nur eben so viel thäte, so würde unserm Namen ein Platz in den Sternen nicht fehlen'. Und so sei es denn genug... Thörigt wäre es wenigstens, wenn ich meine Kräfte länger an ein Werk setzen wollte, das, wie ich mich endlich überzeugen muß, für mich zu schwer ist.« (An Ulrike am 5. Oktober 1803.) Diese Worte erinnern an eine Briefstelle aus der Frühzeit: »Ich habe besonders in diesem meinem zweiten akademischen Cursus eine Masse von Geschäften auf mich geladen, die ich nicht anders als mit dem allermühsamsten Fleiße bearbeiten kann; eine Masse von Geschäften, die selbst nach dem Urteile Hüllmanns zu schwer für mich ist, und von der ich daher, wenn ich sie dennoch trage, mit Recht sagen kann, daß ich fast das Unmögliche möglich gemacht habe« (an Ulrike vom

Digitized by Google

12. November 1799). Das war kurz nach dem Ausscheiden aus dem Heer; da galt es wohl zum ersten Male, die Legitimität seines ungewöhnlichen Schrittes und seines Ausspruchs auf die Besonderheit seiner Existenz zu erweisen. Sein namenloser Ehrgeiz ist von ganz anderer Art als der eines nur um Geltung Besorgten: es ist der Ehrgeiz des zur Geltung Berechtigten und um sie wie um einen Rechtstitel Gebrachten.

Diesen Sachverhalt gilt es scharf ins Auge zu fassen, will man nicht der Versuchung erliegen, in Kleists Ehrgeiz nur eitle Ruhmsucht zu erblicken, sein Ende lediglich getäuschter Eitelkeit und unbefriedigter Ehrsucht zuzuschreiben, die Art des Endes selbst gar noch als einen letzten Versuch zu betrachten, auf Umwegen zur Berühmtheit zu gelangen (S. Lazarsfeld). Nur von dem Konflikt zwischen berechtigter, wenn auch durch Leistung im Urteil der Zeitgenossen noch nicht hinreichend erwiesener Prätention und versagter Ehrung aus läßt sich auch die eigenartige Ambivalenz der Einstellung zu Ruhm und Ehre verstehen: sie galten ihm notwendig, insofern er sie als Rechtstitel seiner Person und seiner künstlerischen Sendung in Anspruch nehmen mußte, hierin gleichzeitig als legitimer Mehrer des Ruhmes seines Hauses auftretend. (Er versucht »zu so vielen Kränzen noch einen auf unsere Familie herabzuringen«: Brief an Ulrike vom 5. Oktober 1803); sie waren ihm verhaßt, insofern er eine Geltung, die ihm in der Selbstgewißheit künftiger, für die Gesellschaft freilich damit noch nicht vorhandener Leistung zukam, schaffen mußte. Aus dieser ambivalenten Einstellung heraus kann er einerseits schreiben:

»Die Nothwendigkeit, eine Rolle zu spielen, und ein innerer Widerwillen dagegen machen mir jede Gesellschaft lästig, und froh kann ich nur in meiner eigenen Gesellschaft sein, weil ich da ganz wahr sein darf.« — An anderer Stelle desselben Briefes: »Ja freilich, das ist der Weg zum Ruhme, aber ist dieser mein Ziel?« — Eine Reihe Jahre später im gleichen Sinne: »Ach, es muß noch etwas Anderes geben, als Liebe, Glück, Ruhm u. x, y, z, wovon unsere Seelen nichts träumen.« — In offensichtlicher Selbsttäuschung kann er sogar folgendes schreiben: »Ich bin so sichtbar dazu geboren, ein stilles, dunkles, unscheinbares Leben zu führen, ... »Ich bin nicht, was die Menschen von mir halten, mich drücken ihre Erwartungen. — Ach, es ist unverantwortlich, den Ehrgeiz in uns zu erwecken, einer Furie zum Raube sind wir hingegeben« (an Ulrike am 12. Januar 1802). — Andererseits aber: »Ihr Weiber versteht in der Regel ein Wort in der deutschen Sprache nicht, es heißt Ehrgeiz. Es ist nur ein einziger Fall, in welchem ich zurückkehre, wenn ich der Erwartung der Menschen, die ich thörigter Weise durch eine Menge von prahlerischen Schriften gereizt habe, entsprechen kann.« (An Wilhelmine v. Z. am 20. Mai 1802.) — Und ferner: »Du wirst mir gern zu dem einzigen Vergnügen helfen, das, sei es noch zu spät, gewiß in der Zukunft meiner wartet, ich meine, mir den Kranz der Unsterblichkeit zusammen zu pflücken« (an Ulrike vom 3. Juli 1803).

Niemals ist die Spannung zwischen dem werdenden, seiner

Digitized by Google

selbst gewissen Genius und der nur an der gewordenen Leistung messenden und wertenden Gesellschaft tragischer erlebt und ausgetragen worden als in Heinrich v. Kleist. Eine Briefstelle v. 13. März 1803 (an Ulrike) wirkt wie ein Hilferuf: »Aber ich muß Zeit haben, Zeit muß ich haben. — O ihr Erynnien mit eurer Liebe!« Wohl kann er um jene Zeit noch darüber lachen, wenn er sich einen Prätendenten mit Ansprüchen unter einem Haufen von Menschen denkt, die sein Geburtsrecht zur Krone nicht anerkennen: aber schon ahnt er, daß »die Folgen für ein empfindliches Gemüth, ich schwöre es Dir, nicht zu berechnen sind. Mich entsetzt die Vorstellung«. (An Ulrike am 5. Oktober 1803.)

Wie schützt sich der Verwundbare und früh Verwundete, dem »tausend Erfahrungen bestätigen«, »daß niemand seinen Lebensweg versteht« (an Ulrike a. 25. Nov. 1800), vor weiteren Verletzungen und Eingriffen? Er greift zur Maske, sie soll verbergen, was in ihm vorgeht, eine Zeit und eine Gesellschaft täuschen, die nach anderen als den eigenen Normen lebt und mißt:

»Mein Interesse besonders ist dem ihrigen so fremd, und ungleichartig, daß sie — gleichsam wie aus den Wolken fallen, wenn sie etwas davon ahnden. Auch haben mich einige mislungene Versuche, es ihnen näher vor die Augen, näher an's Herz zu rücken, für immer davon zurückgeschreckt; und ich werde mich dazu bequemen müssen, es immer tief in das Innerste meines Herzens zu verschließen.« (An Ulrike vom 12. November 1799.)

Die Durchführung dieses Programms erfordert einen nicht unbeträchtlichen Kraftaufwand. Es gilt nunmehr ein Doppeldasein zu führen: nach außen durch Geste und Haltung eine möglichst neutrale und konventionelle Figur zu machen und eigentlich nur im Innern und nur mit sich aufrichtig zu sein. In dieser Not fehlt ihm ein Mensch, dem er sich ganz hätte verständlich machen können, in dessen Gesellschaft er ganz wahr hätte sein dürfen (an Ulrike am 5. Febr. 1801). Das Programm wird selten durchgeführt. Der zu seinem Gelingen immer größer werdende Kraftaufwand muß gesteigert werden. Die Folgen sind Verkrampfungen und Störungen mancherlei Art. Sie bleiben bei Kleist nicht aus. Er fährt fort:

»Was ich mit diesem Interesse im Busen, mit diesem heiligen, mir selbst von der Religion, von meiner Religion gegebenen Interesse im engen Busen, für eine Rolle unter den Menschen spiele, denen ich von dem, was meine ganze Seele erfüllt, nichts merken lassen darf, — das weißt Du zwar nach dem äußern Anschein, aber schwerlich weißt Du, was oft dabei im Innern mit mir vorgeht. Es ergreift mich zuweilen plötzlich eine Ängstlichkeit, eine Beklommenheit, die ich zwar aus allen Kräften zu unterdrücken mich bestrebe, die mich aber dennoch schon mehr als einmal in die lächerlichsten Situationen gesetzt hat.« Noch im gleichen Briefe spricht er den Wunsch aus, von dieser Beklommenheit befreit zu werden: »Umsoviel mehr, da ich mit Verdruß bemerke, daß sie mich öfter und öfter ergreift.« —

Digitized by Google

Ein halbes Jahr später kommt er wieder auf diesen Gegenstand zurück. Aber merkwürdig, er scheint vergessen zu haben, wodurch die Störung entstand, denn nun begreift er sie nicht mehr als ein gewordenes, sondern ein sozusagen autochthones Element im Aufbau seiner Person (oder sagen wir: seiner Neurose):

»Dazu kommt bei mir eine unerklärliche Verlegenheit, die unüberwindlich ist, weil sie wahrscheinlich eine ganz physische Ursache hat. Mit der größten Mühe nur kann ich sie so verstecken, daß sie nicht auffällt — o wie schmerzhaft ist es, in dem Äußern ganz stark und frei zu sein, indessen man im Innern ganz schwach ist, wie ein Kind, ganz gelähmt, als wären uns alle Glieder gebunden, wenn man sich nie zeigen kann, wie man wohl mögte, nie frei handeln kann, und selbst das Große versäumen muß, weil man vorausempfindet, daß man nicht Stand halten wird, indem man von jedem äußeren Eindrucke abhangt und das albernste Mädchen oder der elendeste Schuft von élégant uns durch die matteste persifflage vernichten kann«. (An Ulrike vom 5. Februar 1801.)

Die Erscheinung, deren Entstehung er vorher selbst erklärt hatte, scheint ihm jetzt ein unerklärlicher (»ganz physischer«) Sachverhalt zu sein. Hierin unterlag er also einer Selbsttäuschung. Vielleicht ist auch die Verlegenheit nicht so »unüberwindlich« gewesen, wie es ihm damals schien? Denn später schildert Brentano den 33jährigen Kleist als einen untersetzten Mann »mit einem erlebten, runden, stumpfen Kopf, gemischt launigt, kindergut, arm und fest«. »Unsere Tischgesellschaft«, berichtet Brentano Anfang 1810, »hat sich jetzt sehr vermehrt: der Poet Kleist ist frisch und gesund unser Mitesser« (R. Steig, S. 13). — Hatten Arbeit und Erfolge sein Auftreten sicherer gemacht?

In seinem wenige Tage vor dem Tode an Marie v. Kleist gerichteten Briefe (v. 10. Nov. 1811) hat er jedenfalls jene Selbsttäuschung aufgehoben. Mit überlegener Sicherheit erfaßt er hier die Art der Zusammenhänge zwischen Mensch und Welt und ihre Folgen für das Individuum. Er vermag nicht bei der Konstatierung einer persönlichen Organisation stehen zu bleiben: er durchschaut, daß die Organisation immer nur in Relation zu einer Welt besteht, und daß die Stellung des Menschen in der Welt das Ergebnis eines dynamischen Ausgleichs zwischen Mensch und Welt ist. Die »Empfindlichkeit«, die er als ein zum Tode drängendes Motiv an erster Stelle nennt, erlebt er daher im Kontrast zu einer Welt und einer Zeit, welche dem »unaufhörlichen Umgang mit Schönheit und Sitte« nicht günstig war.

An zweiter Stelle nennt Kleist als ein zum Tode drängendes Motiv das Verhalten der Familie. Unverhüllt bricht in jenem Briefe an Marie v. K. v. 10. Nov. 1811 die gänzliche Hoffnungslosigkeit seiner Situation, die Entfremdung und Isolierung von den Menschen durch, selbst von jenen Menschen, von denen

Digitized by Google

er, wenn auch nicht mehr Umgang (»es war in den letzten Zeiten, von mancher Seite her, gefährlich, sich mit mir einzulassen, und ich klage sie destoweniger an, sich von mir zurückgezogen zu haben, je mehr ich die Noth des Ganzen bedenke, die zum Theil, auch auf ihre Schultern ruhte...«), so doch wenigstens gerechte Würdigung und Anerkennung seiner Bemühungen noch am ehesten erwarten zu dürfen glaubte. Der Zusammenbruch aller Unternehmungen, des »Phöbus«, der »Abendblätter«, das Ausbleiben der (nicht erbettelten, sondern als gerechte Entschädigung für Verluste geforderten) Hilfe des Staatskanzlers, alle diese Momente können in ihrer ganzen Wirkung erst dann erfaßt, für die damalige Verfassung Kleists und seine Entschlüsse richtig gewürdigt werden, wenn man die Höhe bedenkt, aus der der Sturz erfolgt: Kleist, der in jenem Abschiedsbrief an Marie v. K. sein Leben »das allerqualvollste, das je ein Mensch geführt hat«, nennt, war kurze Zeit ganz glücklich, um jene Zeit nämlich, da sich seine schriftstellerischen Hoffnungen erfüllten und seine Arbeiten Anerkennung fanden. Um diese Zeit schreibt er an Ulrike:

»es geht mir in jedem Sinne so, wie ich es wünsche....« (Brief vom 25. Oktober 1807). Diesem Brief ist folgende Nachschrift beigefügt: »den 10. Oct. bin ich bei dem östr. Gesandten an der Tafel mit einem Lorbeer gekrönt worden; und das von zwei niedlichsten kleinen Händen, die in Dresden sind. Den Kranz habe ich noch bei mir. In solchen Augenblicken denke ich immer an dich, Adieu, Adieu, Adieu — Du wirst mich wieder lieb bekommen.«

Welch ein Kontrast zwischen dieser Würdigung des Dichters und dem Verhalten der Seinen, die »das Verdienst, das ich doch zuletzt, es sei nun groß oder klein, habe, gar nicht anerkannten«, und ihn als »ein ganz nichtsnutziges Glied der menschlichen Gesellschaft, das keiner Theilnahme mehr werth sei«, betrachteten! Von den anderen Menschen hatte er sich schon vorher zurückgezogen, nicht zuletzt wohl unter dem Einfluß der häßlichen, entnervenden und entmutigenden persönlichen Auseinandersetzungen und Kränkungen, welche den Zusammenbruch seiner literarischen Unternehmungen herbeiführten oder wenigstens begleiteten. Er schreibt schon im Juni 1811 (an einen unbekannten Adressaten):

»Müllers Abreise hat mich in große Einsamkeit versetzt, Er war es eigentlich, auf dessen Antrieb ich mich vor nun ungefähr einem Jahre wieder in Berlin niederließ...« Im August beginnt ein Brief (an einen ebenfalls unbekannten Empfänger): »Das Leben, das ich führe, ist seit Ihrer und A. Müllers Abreise gar zu öde und traurig. Auch bin ich mit den zwei oder drei Häusern, die ich hier besuchte, seit der letzten Zeit ein wenig außer Verbindung gekommen, und fast täglich zu Hause, vom Morgen bis auf den Abend, ohne auch nur einen Menschen zu sehen, der mir sagte, wie es in der Welt steht.« In dem nach seinem Tode an den König gerichteten Brief der Marie

Digitized by Google

v. K. vom 26. Dezember 1811 schreibt diese, daß ihr Kleist »Anfang Augusts« mitgeteilt habe, »er wäre so allein, so verlassen in Berlin, er hätte dort keine einzige Verbindung, die einiges Interesse für ihn hätte«.

So geriet er in immer stärkere Isolierung. Schließlich tat ihm sogar »das Tageslicht wehe, das ihm auf die Nase schimmerte, wenn er sie aus dem Fenster steckte«.

»Mir waren die Gesichter der Menschen schon jetzt, wenn ich ihnen begegnete, zuwider, nun würde mich gar, wenn sie mir auf der Straße begegneten, eine körperliche Empfindung anwandeln, die ich hier nicht nenen mag.«

Man bedenke, was es für ihn, der zum mindesten der subjektiven Gewißheit war, von Welt und Menschen ausgeschlossen zu sein, bedeuten mußte, wenn ein anderer ihm die Gewißheit vermittelte, das sein Dasein noch um eines anderen Willen lohnen konnte. Die Vogel, mit welcher er, wie aus dem Brief vom August ersichtlich wird, um jene Zeit noch nicht in naher Beziehung gestanden haben kann (wiewohl ihn doch Peguilhen schon vor zwei Jahren in das Haus Vogel eingeführt hatte), bat ihn um nichts Geringeres als um den Tod! Kleist konnte also noch gewähren! Er war so weit, daß die Bande, die ein Mensch noch zwischen sich und ihm knüpfen wollte, von ihm unter Aufopferung des Lebens ergriffen wurden.

An dritter Stelle erscheint in jenem Briefe vom 10. Nov. als Todesmotiv die Aussichtslosigkeit der politischen Situation, insbesondere die Haltung des Königs:

»Die Zeit ist ja vor der Tür, wo man wegen der Treue gegen ihn, der Aufopferung und Standhaftigkeit und aller andern bürgerlichen Tugenden, von ihm selbst gerichtet, an den Galgen kommen kann.«

Wenn wir die Person, den Lebensweg und das Lebenswerk des Dichters richtig verstehen, so kündigt sich in diesem Todesmotiv nicht etwa nur, oder gar ausschließlich vaterländische Verzweiflung an. Die politische Situation jener Tage konnte für Kleist nur ein Ort sein, an dem sich die gänzliche Andersartigkeit und Anderswertigkeit der Zeitgenossen in einer ihm unerträglichen und untragbaren Weise auswirkte.

Kleist selbst hat an mehreren Stellen keinen Zweifel darüber offen gelassen, daß er im Grunde ein unpolitischer Mensch war. Als er im Begriffe steht, sich in der Schweiz, die damals ein unruhiger Boden war, anzukaufen, kann er feststellen: »Ich selbst aber, der ich gar keine politische Meinung habe, brauche nichts zu fürchten und zu fliehen« (an Ulrike am 12. Januar 1802). Sein »Phöbus« wird ausdrücklich als ein »der Politik in jeder Hinsicht gleichgültiger« literarischer Plan gekennzeichnet (an Hans von Auerswald vom 22. Dezember 1807). Darum mochte er ebenso gern »den Kodex Napoleon zum Verlag bekommen« und überhaupt von der französischen Regierung er-

Digitized by Google

wählt werden, ihre Publikationen in Deutschland zu verbreiten (eine Tatsache, aus der Ulrike, welcher er dies am 27. Oktober 1807 mitteilt, keine voreiligen politischen Folgerungen ziehen soll), wie er später die »Berliner Abendblätter« zu einer Art offiziellen Regierungsorgans umzuwandeln bereit war. Wäre er ein autochthon politischer Mensch gewesen, so wären, zumal bei dem nicht zu vernachlässigenden sittlichen Charakter seiner Person, wirtschaftliche und geschäftliche Umstände gewiß nicht imstande gewesen, seine Haltung zu bestimmen bzw. zu ändern. Es erscheint mir auch bezeichnend, daß gerade das Moment der verlorenen Würde es war, das ihn (wie freilich viele andere jener Zeit) in den patriotischen Protest drängte und seinen Lebensekel mitbegründete. Durch die Haltung des Königs fühlte sich Kleist persönlich verletzt, und mir will überhaupt scheinen, daß seine vaterländische Gesinnung (man lese nur deren literarische Dokumente, vor allem den m. E. etwas überhitzten Chorgesang »Germania an ihre Kinder«) von Momenten der persönlichen Struktur und Lage entscheidend bestimmt wurde.

Als viertes und letztes Todesmotiv nennt Kleist die Tatsache, daß er »eine Freundin gefunden habe, deren Seele wie ein junger Adler fliegt, wie ich noch in meinem Leben nichts ähnliches gefunden habe...« (Brief an Marie v. K. am 10. November).

Es kann nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, daß, mag auch Kleist selbst zum Tode, insbesondere zum Freitode, im höchsten Maße bereit gewesen sein, die Initiative und der Entschluß zum gemeinsamen Sterben von Henriette Vogel ausgegangen ist: seine Seele ist dann, wie er am 9. November 1811 an Marie von Kleist schreibt, erst »durch die Berührung mit der ihrigen zum Tode ganz reif geworden«.

Schon am 9. Nov. 1811, d. h. 12 Tage vor vollzogenem Schritt, schreibt Kleist an Marie v. K., daß Henriette Vogel, die neue Freundin, welche er gegen Marie v. K. »vertauscht« habe, »nicht eine sei, die mit ihm leben, sondern die im Gefühl, daß er ihr ebenso wenig treu sein werde wie Marie v. K., mit ihm sterben will«. Noch deutlicher in seinem Briefe vom 12. Nov. an Marie v. K.: »der Entschluß, der in ihrer Seele aufging, mit mir zu sterben, zog mich, ich kann dir nicht sagen, mit welcher unaussprechlichen und unwiderstehlichen Gewalt, an ihre Brust...« Auch der Freund des Hauses Vogel, Peguilhen, zweifelt nicht daran, daß die Vogel, welche »den Wunsch zu sterben... schon mehrmals und vor längerer Zeit geäußert« (S. 18 d. »Aktenmat.«) »die Todesart selbst gewählt, und daß der v. Kleist... ihr aus reinem überspannten Freundschaftsgefühl im Tode gefolgt sei« (S. 19 d. »Aktenmat.«). Aber auch Henriette Vogel selbst verschweigt die Wahrheit nicht. Sie schreibt unmittelbar vor dem Tode (am 20. Nov. 1811 aus dem Stimmingschen Gasthaus) an ihren Mann: »Die Großmut meines Freundes, womit er alles und sogar sein eigenes Leben für mich aufopfert, was aber noch weit mehr, als alles dies sagen will, die Zusicherung, mich selbst, nach meinem Wunsch zu töten, die derselbe mir gegeben, macht, daß ich

Digitized by Google

nichts sehnlicher wünsche, als daß er nun auch im Tode nicht von mir getrennt werde.« Und schließlich »an ihrem Sterbetage« an »ihre vortreffliche Amöne«: ».... soviel ich Dir auch schreiben möchte und die Zeit mich drängt, so sage ich Dir nur soviel, daß mein Tod, mir ganz allein zuzuschreiben ist.«

Was aber drängte diese Frau in den Tod? Es war kein Liebestod im herkömmlichen Sinne. Nicht nur, daß ihr Mann »großmütig genug war, sie Kleist abtreten zu wollen« (Brief Kleists an Marie von K. vom 10. November 1811), die Tragik des Nichtzueinanderkönnens hier also ausscheidet; Henriette Vogel hätte auch, wie Kleist in dem zuletzt genannten Briefe schreibt, »Mittel genug in Händen, ihn hier zu beglücken«. — Henriette Vogel, eine nach Auffassung der Zeitgenossen frühreife und frühgealterte, reizlose Frau, deren Gesicht nach dem Sektionsprotokoll (S. 51 des »Aktenmaterials«) »von Pockennarben marquirt war«, litt an einer tödlichen Krankheit, an einem »unheilbaren Mutter-Krebs« (S. 53 des »Aktenmaterials«), der, wie das Sektionsprotokoll unzweideutig erkennen läßt, zu schweren Veränderungen der Gebärmutter geführt hatte. (»Der Uterus aber war in seiner Substanz so verhärtet, daß er gleichsam verknorpelt zu seyn schien, die Muttermund stand offen, der Cervix war kaum noch zu sehen, so viel war von der ausfließenden Jauche zerstöhret worden, nur durch den stärksten Druck eines sehr scharfen Scalpels ließ sich derselbe der Länge nach aufschneiden. Hier fanden wir auch die inwendige Substanz ganz verhärtet, nur ex fundo floß beym Druck eine eiterartige Feuchtigkeit aus demselben; S. 52 des »Aktenmat.«)[6]). Der Kreis-Physikus Dr. *Sternemann*, welcher die Obduktion ausgeführt hat, vermutet denn auch, daß »denata Vogeln... aus Furcht für einem langsam sehr schweren Tod, sich diesen leichten Tod gewählt hat«. (S. 53 d. »Aktenmat.«) Peguilhen, der Freund und Vertraute des Hauses Vogel, vermag aber der Tatsache, »daß sie an einer von den Ärzten für unheilbar erklärten furchtbaren Krankheit litt«,

---

[6]) Hierzu teilt mir auf meine Anfrage Herr Priv.-Doz. Dr. *W. Pagel*, Heidelberg, folgendes mit: Die Veränderungen in der Gebärmutter der Henr. Vogel dürften nicht einem Uteruskarzinom, sondern eher einem Myom entsprechen — soweit ein Urteil aus den an sich recht sorgfältigen Protokollen möglich ist. Die besonders betonte Verhärtung, die mehrfach unterstrichen wird, spricht absolut für Myom. Die Kenntnis dieser Dinge war damals überaus lückenhaft. Wenn man etwa Baillies Anotomie pathologique (mir vorliegend in der französischen Ausgabe par *M. Guerbois*, Paris 1815) mit dem klassischen Lehrbuch der pathologischen Anatomie von Rokitansky, Wien 1861 (3. Aufl. III. Bd. S. 479) vergleicht, so zeigt das in nuce den ganzen Entwicklungsprozeß, der in wenig mehr als 50 Jahren von ganz groben pathologisch-anatomischen Vorstellungen zu einer feinen morphologischen Differenzierung führt, in der noch unsere heutigen Lehrbücher gründen. *Baillie* kennt nur: das bösartige Geschwür, die scirrhöse Entartung, den Tuberkel und den Polypen des Uterus. Das Myom entspricht hier teils dem Scirrhus, teils dem Tuberkel und Polypen. Bei *Rokitansky* werden unter den Afterbildungen der Gebärmutter im wesentlichen unterschieden: Die Bindegewebsneubildungen (Fibroide-, Sarkome-, Papillargeschwülste) und Karzinome. Das Myom fällt natürlich mit dem Fibroid zusammen. Klassisch übrigens die Einzelbeschreibungen.

Digitized by Google

nur die Bedeutung eines der zum Tode drängenden Motive zuzuerkennen, welches »ihr einen raschen Tod umso wünschenswerter machte« (S. 19. d. »Aktenmat.«), im übrigen hat er bei der am 22. Nov. 1811 am Ort des Todes stattgehabten Verhandlung u. a. folgendes zu Protokoll gegeben: »Madame Vogel ist, so lange ich sie kenne, krank gewesen, und hat bei einem zarten, und äußerst reitzbaren Nervensistem schon zu verschiedenen Zeiten zu sterben gewünscht. Hierzu kam noch, daß sie überspannte religiöse Begriffe hatte, und beständig einen hohen Grad von Glückseligkeit in der Fortdauer nach dem Tode setzte. Sie vertheidigte diese, und besonders das Glück, dessen der Mensch nach dem Tode, und durch diesen theilhaftig werde, mehrmals sehr heftig gegen mich, liebte dies Gespräch sehr, und führte es bis in die kleinsten Details durch. Sie durfte auf einen vorzüglichen Grad von Bildung Anspruch machen, und liebte daher die Gesellschaft, besonders von gebildeten Männern mehr, als die Gesellschaft von Personen ihres Geschlechts.« (S. 17 d. »Aktenmat.«)

Peguilhen fährt fort, daß auch Kleist, der seit ungefähr zwei Jahren im Hause Vogel verkehrte, »ähnlich schwärmerisch religiöse Gesinnungen hegte, wie Mad. Vogel«, daß beide, wie sich Peguilhen selbst oft überzeugen konnte, »ganze Abend am Fortepiano gesessen und geistl. Choräle gespielt und zusammen gesungen haben«, zwischen beiden habe, so meint er, »eine Sympathie der Seelen, und eine geistige Liebe statt gefunden, die durch Phantasie und überspannte religiöse Begriffe und Ansichten, einen so hohen Grad erreicht, daß beyde endlich die Auflösung ihrer Körper für das höchste Glück angesehen, und danach gestrebt haben« (S. 17 d. »Aktenmat.«). Es dürfte kaum daran zu zweifeln sein, daß die »schwämerisch religiösen Gesinnungen«, welche auch Kleist nach diesen Bekundungen Peguilhens gehegt habe, nicht autochthon in ihm entstanden, vielmehr durch Umgang und Gemeinschaft mit Henriette Vogel und durch deren Einfluß in ihm geweckt wurden. Die Pflege derartiger Gesinnungen scheint jedenfalls nur ihrer vertrauten Gemeinschaft vorbehalten geblieben zu sein; es wäre sonst nicht zu verstehen, daß in den Briefen Kleists, die ja, wie alle seine Briefe, höchstpersönliche Dokumente sind und vor Selbstschilderungen jeder eigenen Regung nicht zurückweichen, nichts aufzufinden ist, was auf einen solchen Gesinnungswandel schließen lassen könnte; schreibt er doch auch selbst noch am 12. Nov. 1811 an Marie v. K.:

»Morgens und abends kniee ich nieder, was ich nie gekonnt habe, und bete zu Gott...« Die Art der Frömmigkeit und religiösen Schwärmerei, welcher Henriette Vogel huldigte, scheint eine kindlich-einfältige gewesen zu sein. Geht dies schon aus den zitierten Auslassungen Peguilhens hervor (»sie setzte beständig einen hohen Grad von Glückseeligkeit in der Fortdauer nach dem Tode«), so wird es weiterhin ersichtlich aus den Vorstellungen, welche sie an Tod und Unsterblichkeit knüpfte. An eine Freundin, die Manitius, schreibt sie am Morgen des Todes u. a.: »Über meinen Tod werde ich Dir jenseit mehr Auskunft geben können.« In dem schon er-

Digitized by Google

wähnten Abschiedsbrief an »ihre vortreffliche Amöne« heißt es am Ende: »Nun vielleicht sehe ich Dich, geliebtes Herz, bald wieder, Adieu, Adieu!« (S. 61/62 d. »Aktenmat.«) In einer Nachschrift von ihrer Hand zu einem von Kleist an Sophie Haza-Müller gerichteten Abschiedsbrief vom 20. Nov. 1811 spricht sie von »der großen Entdeckungsreise«, welche sie beide »wunderliche Menschen« bald antreten werden. Zu dieser Art kindlicher Frömmigkeit und religiöser Einfalt paßt auch ihr Aberglaube: unterläßt sie es doch nicht, in ihrem an den Ehemann gerichteten Abschiedsbriefe daran zu erinnern, daß sie dies Jahr einmal 13 Personen zu Tisch saßen und daß »auch Ternite vielleicht nun wieder sein Traum einfallen wird, den er vorigen Winter hatte«. (S. 60 d. »Aktenmat.«) — Dieser inneren Haltung entsprach auch die Art, wie sie sich zum Tode vorbereitete: am Morgen des Todes wechselte sie die Kleider und tauschte die Reisekleider ein gegen diejenigen, welche im »Aktenmaterial« an verschiedenen Stellen aufgeführt werden. Dort heißt es u. a.: »Die Frauensperson in einem weißen Battist Kleide, blautuchenen feinen Überrock und weißen Glacé-Handschuhen« (S. 10). »Die Denata hatte außer den im Protokoll vom heutigen Dato erwähnten Kleidungsstücken, feine weiße baumwollene Strümpfe, schwarze corduane Schuh mit schwarzem Band um den Fuß gebunden, an, und blaue seidene schmale Strümpfbänder um.« »Übrigens war sie mit Unterziehbeinkleidern bekleidet, und hatte sehr feine Leibwäsche.« (S. 14 und 51 d. »Aktenmat.«) — Den tödlichen Schuß empfing sie mit gefalteten Händen. (S. 32, 35, 40 d. »Aktenmat.«)

Wie war es möglich, daß diese Frau Heinrich von Kleist zum gemeinsamen Tod gewinnen und bestimmen konnte?

Kleists Bekenntnis: »Ein Strudel von nie empfundener Seeligkeit hat mich ergriffen, und ich kann Dir nicht leugnen, daß mir ihr Grab lieber ist als die Betten aller Kaiserinnen der Welt« — ist gewiß erstaunlich. Ein sexuelles Motiv scheint anzuklingen, ein trotziger Verzicht auf Liebesgüter durchzubrechen, die vielleicht einst heftig begehrt und nicht erreicht wurden. Er hatte ja schon vorher geschrieben, daß Henriette Vogel wohl »Mittel genug in Händen hätte, ihn hier zu beglücken«, daß er aber die Lust des gemeinsamen Sterbens der Liebeslust vorziehe, und diese Todeslust lasse sogar alle nur erdenkbare Liebeslust, die auf maßlose Proportionen projiziert wird (»die Betten aller Kaiserinnen der Welt«), weit hinter sich. Freilich trägt jene Briefstelle zu stark das Überlebensgroße aller Kleistschen Ausdrucksweisen an sich, als daß man sie ohne Einordnung in die spezifische Kleistsche Diktion nur aus dem Sachlich-Symbolischen heraus hinreichend erschließen könnte. Immerhin wird die Vermutung, daß in der Todeshandlung wenigstens entfernt eine Sexualbehandlung zum Ausdruck kommt, durch gewisse Tatsachen im Triebaufbau der Kleistschen Person nahegelegt. Mir scheint, wenn ich von der oft erörterten Möglichkeit eines grob physischen Versagens absehe (die in diesem Zusammenhang oft zitierte Briefstelle: »damals quälte mich das Bewußtsein, Deine heiligsten Ansprüche nicht

Digitized by Google

erfüllen zu können« vom 10. Oktober 1800 an Wilhelmine von Zenge deutet ja darauf hin), das Charakteristische am Triebaufbau der ganzen Person eine Undifferenziertheit und Unsicherheit der Triebrichtung und Objektwahl zu sein.

Das Verhältnis zu Wilhelmine von Zenge — eine deskriptive Darstellung aller Bindungen, die Kleist in seinem Leben eingegangen ist, wird hier ebensowenig beabsichtigt wie bei andern Lebensinhalten, da es nur auf die für unsern Gegenstand wesentlichen ankommt — das Verhältnis zu Wilhelmine v. Z. hat ja fraglos vom biologischen Standpunkt etwas Überintellektualisiertes an sich, wenn es auch, wie bereits erwähnt, von sinnlich-leidenschaftlichen Momenten nicht frei gewesen ist. — Ganz befremdlich erscheint die Tatsache, daß Kleist zu der kaum vierzehnjährigen Tochter Wielands in eine erotische Beziehung treten konnte. Aus andern Erfahrungen gewinnen wir den Eindruck, daß derartige Regungen und Beziehungen das Fremdartige, das ihnen bei erster Betrachtung anhaftet, verlieren, wenn man beachtet, daß der erwachsene Partner solcher Beziehungen in seinem Triebleben noch undifferenziert ist und im kindlichen Partner eigentlich den ihm adäquaten findet. Trotz aller Unerfahrenheit muß übrigens in unserm Falle dem kindlichen Partner, Luise von Wieland, bald klar geworden sein, daß sie mit Kleist, dem sie Treue nicht zutraute, nicht glücklich hätte werden können. In einem jüngst von Werner Deetjen (im Jahrbuch der Kleistgesellschaft 1925/26) veröffentlichten Brief der Luise von Wieland an ihre Tochter Charlotte aus dem Dezember 1811 finden sich u. a. folgende bezeichnende Stellen: »Was ich erst glauben mußte, lernte ich später fühlen, daß ich nicht so wiedergeliebt wurde wie ich liebte . . .« — Und später: »Ich bin auch überzeugt, das ich in seinem Besitz, wenn die großen Hindernisse auch nicht wären, die sich zwischen diese Verbindung legen, sie unmöglich zu machen, nicht glücklich seyn würde.« In diesem Mangel an Treue tritt uns die für Kleist so charakteristische Triebunsicherheit entgegen. Sie wird auch von Rahel rasch erkannt: »Keinen Strahl von Zärtlichkeit, also von Sicherheit, wirft mir sein Auge!« (An Alexander von der Marwitz vom 24. Mai 1810, veröffentlicht von Helmut Rogge im Jahrbuch der Kleistgesellschaft 1923/24.)

Und Kleist gesteht diesen Mangel an Treue in einem der letzten an Marie v. K. gerichteten Brief vom 9. Nov. 1811 schließlich selbst zu, wenn er sagt, daß er sie (Marie v. K.) nicht gegen eine Freundin, die mit ihm leben, sondern »die im Gefühl, daß ich ihr ebenso wenig treu sein würde, wie Dir, mit mir sterben will«, vertauscht habe. In der Beziehung zu Luise von Wieland darf man mit gutem Grund das Modell zum Käthchen von Heilbronn erblicken. Die schrankenlose Hingabe des kindlichen Partners ist hier das führende Motiv. Daß Kleist auch nicht entgegengesetzte Triebrichtungen verschlossen geblieben sein können, zeigt die Penthesilea, über die er selbst folgendes Epigramm verfaßt:

Zärtlichen Herzen gefühlvoll geweiht! Mit Hunden zerreißt sie,
Welchen sie liebet, und ißt, Haut dann und Haare ihn auf.

Auch hat er den inneren Zusammenhang, der zwischen diesen beiden extremen Möglichkeiten besteht, und durch die neuere Seelenfor-

Digitized by Google

schung erhellt worden ist, klar erkannt (wie er überhaupt, zumal im Prinzen von Homburg, erstaunliche Einsichten in die »Nachtseiten« der menschlichen Seele — das Unbewußte, wie wir heute sagen würden, verrät), wenn er (an Heinrich Joseph von Collin am 8. Dezember 1808) schreibt: »Denn wer das Käthchen liebt, dem kann die Penthesilea nicht ganz unbegreiflich sein, sie gehören ja wie das + und — der Algebra zusammen, und sind Ein und dasselbe Wesen, nur unter entgegengesetzten Beziehungen gedacht.« — Die Penthesilea war eigentlich, wie er (im Spätherbst 1807 wahrscheinlich an Henriette Händl-Schütz) schrieb, auf »Pfuels kriegerisches Gemüt durch und durch berechnet«. (Im gleichen Brief erklärt er auch nochmals ausdrücklich: »Jetzt bin ich nur neugierig, was Sie zu dem Käthchen von Heilbronn sagen werden, denn das ist die Kehrseite der Penthesilea, ihr andrer Pol, ein Wesen, das eben so mächtig ist durch gänzliche Hingabe als jene durch Handeln.«) Desselben Pfuel, dem gegenüber er »wahrhaft mädchenhafte Gefühle« entwickeln konnte: »Du stelltest das Zeitalter der Griechen in meinem Herzen wieder her, ich hätte bei dir schlafen können, du lieber Junge; so umarmte dich meine Seele! Ich habe deinen schönen Leib oft, wenn du in Thun vor meinen Augen in den See stiegest, mit wahrhaft mädchenhaften Gefühlen betrachtet. Er könnte wirklich einem Künstler zur Studie dienen. Ich hätte, wenn ich Einer gewesen wäre, vielleicht die Idee eines Gottes durch ihn empfangen. Dein kleiner krauser Kopf, einem feisten Hals aufgesetzt, zwei breite Schultern, ein nerviger Leib, das Ganze ein musterhaftes Bild der Stärke, als ob du dem schönsten jungen Stier, der jemals dem Zeus geblutet, nachgebildet wärest. Mir ist die ganze Gesetzgebung des Lykurgus, und sein Begriff von der Liebe der Jünglinge, durch die Empfindung, die du mir geweckt hast, klar geworden.« Hier bricht unverkennbar eine homoerotische Note durch; er bedrängt den Freund stärker: »Geh mit mir nach Ansbach und laß uns der süßen Freundschafft genießen« und wird ganz deutlich: »Ich heirathe niemals, sei du die Frau mir, die Kinder und die Enkel!« (An Ernst von Pfuel v. 7. Januar 1805.) Die Penthesilea stellt sich in diesem Zusammenhange offenbar als Repräsentantin des kriegerisch-männlichen Partners dar. Kleist selbst drängt sich hier in die Rolle des Achill.

Indessen sind dies alles nur Möglichkeiten der Triebrichtung und Objektwahl, die wohl vorübergehend ergriffen, aber auch wieder verlassen werden können. Zu einer sicheren und endgültigen Entscheidung kommt es nicht, und nichts schiene uns verkehrter und gewaltsamer, als Kleist etwa für eine der genannten Möglichkeiten ausschließlich in Anspruch nehmen zu wollen. Im Verhältnis zu Henriette Vogel, von der er sich in den Tod führen ließ, scheint er mir noch einmal die Rolle des kindlich-willfährigen Partners zu erneuern. Aber auch dies trifft nicht etwa den ganzen Umfang dieser Beziehung. Der strenge Psychoanalytiker wird die Unsicherheit und Undifferenziertheit der Triebrichtung und Objektwahl, besonders aber die vorübergehende homoerotische Triebrichtung aus einer übermäßigen Bindung an die Mutter zu verstehen suchen. Er kann dabei zweifellos an das Verhältnis zur Schwester Ulrike anknüpfen, an deren energisch

Digitized by Google

überlegener Natur Kleist noch einmal eine materne Beziehung verwirklicht haben mag. Wie stark tatsächlich diese Bindung an die Schwester auch in dem Sinne gewesen sein muß, daß er an ihr Wünsche erleben konnte, geht schon aus einer frühen Briefstelle hervor, in der er ihr ganz fest gesteht: »Wärst du ein Mann oder nicht meine Schwester, ich würde stolz sein, das Schicksal meines ganzen Lebens an das Deinige zu knüpfen« (Mai 1799). Und später nennt er sie oft noch »Geliebte«. Aber auch hier wird das Ganze der Beziehung, welche durch gemeinsame Hoffnungen, Sorgen, Eindrücke und Erlebnisse reichhaltig ausgestattet wurde, durch derartige Töne nicht erschöpft; ja, man ist so weit gegangen, in dem Doppelselbstmord nichts anderes sehen zu wollen als einen großartigen Inzest, eine endliche Vereinigung mit der Mutter, mit der man das Grab lieber teilen will als die Betten mit allen Kaiserinnen der Welt!

Am 9. Nov. bekennt er, daß er Marie v. K. während ihrer Anwesenheit in Berlin gegen eine andere Freundin vertauscht habe. »Aber wenn Dich das trösten kann, nicht gegen eine, die mit mir leben, sondern die im Gefühl, das ich ihr ebenso wenig treu sein würde wie Dir, mit mir sterben will.« Diese Worte legen die Vermutung nahe, daß zwischen Marie v. K. und ihm ein erotisches Verhältnis bestanden habe. Noch unveröffentlichtes Material (aus dem u. a. der Mann der Marie v. K. als der an ihrer Scheidung schuldige Teil hervorgehen soll: vgl. hierzu die Bemerkungen von Minde-Pouet auf S. 471 seiner Briefausgabe) soll diese Vermutung widerlegen. Mir will scheinen, daß sich auch von der Seite der hier durchgeführten Betrachtung her etwas Licht in dieses Dunkel bringen läßt. Die Beziehung zur Vogel kann aus vielen Gründen keine sinnliche gewesen sein; mit Recht konnte Varnhagen von Ense später (am 20. Februar 1847 an Eduard von Bülow) schließen: »Ich glaube dies schon deshalb, weil ein sinnliches den Selbstmord unter den vorhandenen Umständen unmöglich gemacht hätte.« Wenn Kleist also Marie v. K. gegen die Vogel »vertauscht«, so kann seine Beziehungen zur ersteren im Prinzip keine andere gewesen sein als zur Vogel, denn sonst hätte Kleist, dessen Wortwahl bis in den Tod hinein seine Eindeutigkeit und Schärfe nicht verliert, schwerlich von einem »Tausch« gesprochen; denn das andere wäre ja kein Tausch gewesen. — Indessen bleibt es doch ein Treubruch, wenn auch anderer als der vermuteten Art, dessen er sich der Marie v. K. gegenüber schuldig machte, und man muß gestehen, daß die Vorstellung, sie während ihrer Anwesenheit in Berlin gegen eine andere Freundin »vertauscht« zu haben, etwas Peinliches an sich hat. Die Vogel hatte hier einen Lebensnerv Kleists getroffen: sie hatte anscheinend rasch »im Gefühl«, daß er ihr ebenso wenig treu sein werde, wie der Marie v. K. und ver-

Digitized by Google

sicherte sich seiner daher in einer unwiderruflichen Weise, nämlich nicht für das Leben, sondern für den Tod. Indessen könnte eine Handlung äußerlich den Treubruch einer Person einer andern gegenüber darstellen, in einem anderen, inneren Sinne aber gerade die Bewährung der Treue der eigenen Person gegenüber sein. Nicht anders glauben wir die Lösung des Verlöbnisses mit Wilhelmine v. Z. auffassen zu sollen, die in einem Augenblick erfolgte, als die Braut sich den Verpflichtungen, welche die Verwirklichung der sich ihm zeigenden Werte ihm auferlegte, entzog. Diese höhere Art der Treue hat Kleist wohl erkannt. Er wußte, daß ein Treubruch dieser Art sein Ende bedeuten müßte, schreibt er doch am 9. November an Marie v. K.: »Ja es ist wahr, ich habe Dich hintergangen, oder vielmehr ich habe mich selbst hintergangen; wie ich Dir aber tausendmal gesagt habe, daß ich dies nicht überleben würde, so gebe ich Dir jetzt, indem ich von Dir Abschied nehme, davon den Beweis.« Bedarf es eines überzeugenderen Beweises, daß er sich selbst verriet und aufgab, als er sich der Vogel zuwandte und ihrem Todesdrängen nachgab? Bedarf es eines überzeugenderen Beweises, daß die Vogel seiner in einem tieferen Sinne des Wortes nicht habhaft wurde?

In diesem Zusammenhang ist es höchst bedeutsam, daß, gleichgültig, wie man jenen aus »blinder Unruhe« und »Lebensüberdruß« gemischten, von endlicher Erschöpfung und Erinnerungslosigkeit gefolgten Zustand, in dem sich K. in St. Omer befunden hat, nennen will, in der Berührung mit Henriette Vogel ähnliche Motive, fast wortgleich aufsteigen: die »Betten aller Kaiserinnen der Welt« sind wie eine ferne Erinnerung an »das unendlich prächtige Grab von St. Omer«. Die Vogel darf den traurigen Ruhm in Anspruch nehmen, den Kleist von St. Omer, den getriebenen, gehetzten, seiner selbst nicht mehr bewußten und gewissen, von ihm später selbst verleugneten Kleist erneuert zu haben. Damit dieser Kleist erscheine, mußten die Manuskripte, in denen er als wacher, seiner selbst bewußter und verantwortlicher Mensch, am Leben und an der Zeit gerungen hatte, vernichtet werden. Peguilhen erzählt nach dem Tode, »daß beide sich mehrere Abende hindurch beschäftiget haben, den Ofen mit Manuscript zu heitzen« (Brief an Kleists Bruder Leopold). Jene »Briefe« (s. S. 37/38) aber, die nur Anhäufungen von Liebkosungen sind — zu viel und zu laut, als daß man dem Gefühl, dem sie Ausdruck verleihen sollten, noch zu trauen vermöchte —, jene Briefe, die von Dritten nicht ohne peinliches Empfinden und Scham gelesen werden können, durften ruhig erhalten bleiben: sie gaben nichts von seinem Wesen, seiner besseren, hellen Substanz, von der hat er der Vogel nichts übereignet.

Digitized by Google

Er hätte offensichtlich nicht nur eines Menschen bedurft, der dem besseren, der Verwirklichung noch nicht voll zugeführten Anteil seiner Person, dem, was sie erst noch versprach, vertraute (ewig erneuerte Bitte an Wilhelmine von Z., ihm doch ja zu vertrauen! — und nach der Lösung des Verlöbnisses an Ulrike: »Werde nicht irre an mir, mein beßtes Mädchen! Laß mir den Trost, daß Einer in der Welt sei, der fest auf mir vertraut«: 27. Juli 1804), sondern auch eines Menschen, der, was selbst Ulrike, die Schwester, die »Geliebte«, die »Freundin«, die immer half, immer lieh, immer zu ihm eilte, wenn er sie brauchte, in deren Armen sich sein Leben »würdig beschließen« sollte (am 1. Mai 1802), und deren Name »das letzte Wort sein wird, das über seine Lippen geht und sein erster Gedanke (wenn es erlaubt ist) von jenseits wieder zu ihr zurückzukehren« (a. 3. Mai 1807) — was selbst Ulrike nicht verstanden: »die Kunst, sich aufzuopfern, ganz für das, was man liebt, in Grund und Boden zu gehen« (an Marie von K. am 9. November 1811). Er befand sich in einem tragischen Irrtum, als er meinte, in Henriette Vogel einen solchen Menschen gefunden zu haben: sie ging nur mit ihm, aber nicht für ihn in Grund und Boden. Auch legen die Dokumente dieser letzten »Liebe« und die Art des Endes kein Zeugnis dafür ab, daß sie es verstanden, sich gerade an das bessere Selbst des Menschen, der für sie wohl nur »der berühmte Kleist« war, zu wenden. — Sie war nicht jener Mensch, den schon der jugendliche Kleist als den für die Durchführung seiner Vorsätze und Entschlüsse unentbehrlichen Kameraden gesucht und lange Zeit in der Schwester zu finden gehofft hatte:

»Vorsätze und Entschlüsse wie die meinigen bedürfen der Aufmunterung und der Unterstützung mehr als andere vielleicht, um nicht zu sinken. Verstanden wenigstens mögte ich gern zuweilen sein, wenn auch nicht aufgemuntert und gelobt; von einer Seele wenigstens mögte ich gern zuweilen verstanden werden, wenn auch alle andern mich verkennen. Wie man in einem heftigen Streite mit vielen Gegnern sich umsieht, ob nicht Einer unter allen ist, der uns Beifall zulächelt, so suche ich zuweilen Dich; und wie man unter fremden Völkern freudig einem Landsmann entgegenfliegt, so werde ich Dir, mein liebes Ulrikchen entgegenkommen. Nenne es immerhin Schwäche von mir, daß ich mich so innig hier nach Mittheilung sehne, wo sie mir so ganz fehlt. Große Entwürfe mit schweren Aufopferungen auszuführen, ohne selbst auf den Lohn verstanden zu werden Anspruch zu machen, ist eine Tugend, die wir wohl bewundern, aber nicht verlangen dürfen.« (An Ulrike am 12. November 1799.)

Man kann die Klarheit und Sicherheit, mit denen hier ein Mensch, vor dem die »Geschichte seiner Seele« noch nicht abgerollt war, um sich weiß, nur bewundern und eine direkte Linie verfolgen, die von der in diesem Briefe aus der Frühzeit gewonnenen Erkenntnis bis zum Tode hinführt.

Digitized by Google

Umstände.

Gewiß ist es schwierig, wenn nicht unmöglich, die Anteile der Beteiligung und Verschuldung jedes der beiden Partner am gemeinsamen Tod suzusagen rechnerisch zu ermitteln oder auch nur abzuschätzen. Dies ist schon schwierig, wenn es sich darum handelt, die Anteile der zur Entscheidung drängenden Motive am endlichen Effekt innerhalb der Handlung eines Einzelnen gegeneinander abzugrenzen: um wieviel schwieriger ist es, wenn, wie hier, eine Kollektivhandlung vorliegt! Einzigartig ist ja auch der Umstand — und das gibt diesem Falle seine, weit über literarisches Interesse hinausgehende, allgemeine psychopathologische Bedeutung —, daß zwei Menschen sich zu gemeinsamem Sterben zusammenfanden, deren jeder für sich und schon vor Kenntnis des anderen den Tod und selbst, wie wenigstens Kleist, den Tod zu zweit, ersehnten (die Vogel hatte, wie Peguilhen bei der ersten Verhandlung am Tage nach dem Tode aussagte, »schon zu verschiedenen Zeiten zu sterben gewünscht«; S. 17 d. »Aktenmat.«): hatte Kleist doch schon Rühle und später Marie von Kleist zu gemeinsamem Sterben aufgefordert! — Dennoch kann man sich dem Eindruck nicht entziehen, daß die Vogel es war, die entscheidend eingriff, die Kette der Begebenheiten und inneren Zustände, welche Kleist auf diesen Weg bereits gedrängt hatten, schloß, kurz, daß sie den Pfeil, den andere Umstände und andere Menschen geschärft haben mögen, abgedrückt hat. In dieser Auffassung werde ich vor allem bestärkt durch die Tatsache, daß die näheren Umstände des Todes und der Vorgänge, welche ihm unmittelbar voraufgingen, zu deutlich die Hand der Vogel erkennen lassen. Es war schon die Rede von der schwärmerischen Todesstimmung, die sich allmählich auch Kleists bemächtigte, und die nur zu deutlich ihre Herkunft verriet.

Man vergesse auch nicht, daß, wie Peguilhen aussagte, Kleist bereits vor etwa 2 Jahren in das Haus Vogel eingeführt worden war: um diese Zeit, und selbst bis in die Zeit kurz vor dem Tode, war aber von jener schwärmerischen Todesstimmung bei Kleist selbst, wie schon bemerkt, noch keine Rede. Das Band zwischen der Vogel und Kleist muß also erst gegen Ende so fest geknüpft gewesen sein, daß ihre Einflußsphäre sich geltend machen und vordrängen konnte. Erst am Vortage des Todes, d. h. erst zu dem Zeitpunkt, da das Paar bereits die Brücken hinter sich abgebrochen und eine Gemeinschaft zwischen ihnen hergestellt schien, welche über das Leben hinaus dauern sollte, vermag Kleist (im Abschiedsbriefe an Sophie Haza-Müller) zu schreiben: »Wir .... träumen lauter himmlische Fluren und Sonnen, in deren Schimmer wir, mit langen Flügeln an den Schultern, umherwandeln werden. Adieu!« Das ist unverkennbar der Stil der Vogel, das ist ihre kindliche Religiosität und etwas einfältige Gläubigkeit. Als am Morgen des Todestages die Gastwirtin Stimming fragte, ob das Paar zu Mittag essen wollte, lehnte man ab; »der Herr äußerte dabey ganz für sich:

Digitized by Google

auf den Abend wollten sie dafür desto besser speisen«. (S. 30 des »Aktenmat.«) An der Glaubwürdigkeit dieser Aussage, welche neben dem kindlich Einfältigen noch eine etwas kleinbürgerlich-geschmacklose Denkungsart verrät, würde ich zweifeln, wenn Kleist nicht schon durch die zitierte Briefstelle die Möglichkeit derartiger Entgleisungen verraten hätte. Das Heroische, Kleisteigene ist nun nicht mehr auffindbar. Zwei Kinder gehen in den Tod. Man habe ihnen nichts von ihrem Vorhaben angesehen, sagten alle, welche sie draußen am kleinen Wannsee vor dem Tode noch zu beobachten Gelegenheit hatten (S. 29, 32 d. »Aktenmat.«) Nachdem sie die Nacht gewacht, Briefe geschrieben, ein paar Stunden geruht und des morgens Kaffee getrunken hatten, wurde ein Bote mit einem Brief nach Berlin geschickt, welcher Peguilhen vom erfolgten Tode unterrichten und ihn um die Erledigung alles weiteren bitten sollte. Auch die Art, in welcher man den Freund vom vollzogenenen Doppelselbstmord in Kenntnis setzte, wird, so will es scheinen, dem Ernste und der erhabenen Größe des Todes wenig gerecht: »... wir beide, nehmlich der bekannte Kleist, und ich, befinden uns bey Stimmings auf dem Wege nach Potsdam, in einem sehr unbeholfenen Zustande, indem wir erschossen da liegen...« (S. 20 d. »Aktenmat.«) Peguilhen hat sich dann auch an dieser Form gestoßen. Hitzig findet die Abschiedsbriefe »in einem scherzhaften Tone geschrieben« (Brief an Fouqué v. 25. Nov. 1811). »Mich erfüllen diese Zeilen, wie oft ich sie auch nun schon gesehen, ihrer Trokkenheit wegen mit dem herzzerreisendsten Gefühle« (am 8. Dez. an denselben). Friedrich und Caroline Fouqué fassen die Wirkung, welche die Briefe auf sie ausgeübt haben, in folgende Worte zusammen:

»Ich habe die fürchterlichen Briefe gelesen! Fürchterlich durch die Eiseskälte die daraus dem zitternden beträhnten Blick des Lesers schneidend entgegen fährt! Wie zwei Bekannte die eine Miethkutsche zufällig eine gemeinschaftliche, schnell beschlossene Reise thun läßt, räumen beide die zu verlassenden Stuben der Ordnung wegen ein wenig auf, der Staub umdämmert ihr Auge, sie sehen nicht die Thränen der Zurückbleibenden, deshalb achten sie nicht darauf! Keine Spuhr von Liebe, von Theilnahme nicht gegen Andere, nicht gegen einander! War es Lebens-Überdruß von seiner, Furcht vor großem unabwendbarem Leid von ihrer Seite u. Erleichterung des schweren Schrittes durch irdischen Beistand, was beide zusammenführte? — Gott richte sie u. verzeihe ihnen!« (Helmuth Rogge, Heinrich v. Kleists letzte Leiden, Jahrb. d. Kleistgesellschaft 1922.)

Dem kindlichen Verhalten beider fehlte auch nicht das typische Merkmal: das Spielen. Kurz vor dem Aufbruch zum kleinen Wannsee »scherzten sie im Hofe auf mancherley Art, so z. B. sprang die Mannsperson über die Bretter in der Kegelbahn, und forderte die Dame zu ähnlichen Sprüngen auf, welches sie aber ablehnte«. Später sah man die Fremden vom Hause aus »an der Wannsee umherspringen, und mit Steinen in das Wasser werfen« (S. 31 d. »Aktenmat.«). Unmittelbar vor dem Tode machte der Tagelöhner Riebisch mit seiner Frau folgende Beobachtung: »Wir sahen beide Fremde Hand in Hand den Berg hinunter nach dem See zu springen, schäkernd, und sich jagend, als wenn sie Zeck spielten. Überhaupt fährt Comp. fort, habe ich selten 2 Leute gesehen, die so freundlich zusammen gewesen wären, wie diese auf dem Berge. Sie nannten sich beständig Kindchen, Liebes Kindchen und waren außerordentlich vergnügt.« (S. 38 d. »Aktenmat.«)

Digitized by Google

Der Brief ist von der Vogel allein unterzeichnet. Jene aus Geschmacklosigkeit und Einfältigkeit gemischte Note ist also höchstwahrscheinlich von ihr hineingetragen worden. Bezeichnenderweise hat auch nur die Vogel (außer dem Kaffee) am Todestage etwas genossen, nämlich gegen Morgen und dann noch einmal gegen 1 Uhr Bouillon. Unmittelbar vor dem Tode tranken dann beide noch einmal Kaffee.

Es bedarf nach diesen Zeugenaussagen kaum noch eines besonderen Hinweises, daß Kleist und Henriette Vogel keinen Liebestod starben. Man hatte sich gänzlich verkindlicht. Und Fouqué, der Freund, hatte mehr Recht, als er vielleicht selbst wußte, wenn er 1821 (s. Steig, S. 685) schrieb: »Er starb nicht als ein Frechverzweifelnder! Er starb als ein irrgeleitetes, aber liebendes und sehnendes Kind.« Es entspricht durchaus der verstiegenschwärmerischen Natur der Henriette Vogel und der Art, wie sie diesen gemeinsamen Tod vorbereitete, daß ihm alles Sinnlich-Erotische fehlte. Das ist um so bemerkenswerter, als sich dieses Moment im Doppelselbstmord liebender Paare erfahrungsgemäß oft und stark in den Vordergrund drängt. Kleist hatte zwar am 12. November 1811, d. h. 9 Tage vor dem Tode, an Marie von Kleist geschrieben: »Meine liebste Marie, wenn Du wüßtest, wie der Tod und die Liebe sich abwechseln, um diese letzten Augenblicke meines Lebens mit Blumen, himmlischen und irdischen, zu bekränzen, gewiß Du würdest mich gern sterben lassen.» — Aber die Liebe, die hier mit dem Tode abwechselte, soll nach der Beobachtung und dem Urteil Peguilhens eine »Sympathie der Seelen« gewesen sein, »eine geistige Liebe, die durch Phantasie und überspannte religiöse Begriffe und Ansichten, einen so hohen Grad erreicht, daß beyde endlich die Auflösung ihrer Körper für das hoechste Glück angesehen, und danach gestrebt haben«. (S. 17, 18 d. »Aktenmat.«.)

Des morgens um 7 Uhr traf das Hausmädchen, welches »der Vogel auf Verlangen beim Schnüren hülfreiche Hand leisten« mußte, diese allein im Zimmer an. Die Vogel »hatte den zu dem Zimmer d. H. führenden Thür-Drücker herausgezogen, und als dieser anklopfte, äußerste sie bloß, daß sie sich seinetwegen geniere«. (S. 40.) — Dies deutet nicht gerade auf eine intime Beziehung zwischen beiden.

An der Tatsache, daß sie ihn spielend und tänzelnd in den Tod führte, kann auch nichts ändern, daß er es war, der zuerst den tödlichen Schuß auf sie und dann auf sich richtete. Hier bricht vielleicht doch noch einmal bei ihm ein starkes, wenn auch fremdartiges, sinnliches Motiv durch: er dankte ihr, wie es im Briefe an Marie von Kleist vom 10. November 1811 heißt, »die unerhörte Lust, sich um dieses Zweckes willen (nämlich mit ihm zu sterben) so leicht aus einer ganz wunschlosen Lage, wie ein Veilchen aus einer Wiese, herausheben zu lassen«; er stirbt wohl nicht zuletzt aus diesem Grunde »den wollüstigsten aller Tode«

Digitized by Google

(Brief an Marie v. Kleist vom 12. Nov. 1811). Hier spricht ein letztes Mal der Dichter der Penthesilea. Was später kam, war nicht mehr Kleist; so wenig, daß der Kreisphysikus, welcher die Obduktion ausführte, bei ihm »einen kranken Gemüthszustand« annehmen zu müssen glaubte, den er sich dadurch erklärte, daß zu einem »excentrischen Gemüthszustand« (auf den die »widernatürlich große Leber« und die »viel verdikte Galle« enthaltende, »vorzüglich große Gallenblase« schließen ließ)[7]) »eine

[7]) Der Obduzent griff also auf die Temperamentenlehre zurück. Herr *W. Pagel* schreibt mir zu diesem Punkte folgendes:

»Die Temperamentenlehre tritt in der romantischen Medizin, soweit ich sehe, zurück. Die damals herrschende *Brown*sche Reizpathologie war ihr nicht günstig. Immerhin finden die Temperamente besonders unter den Krankheitsursachen beachtliche Berücksichtigung. Interessant ist, daß gerade der Gehalt an Galle diesbezüglich besonders beachtet wird.

Was die Alten unter Temperament verstanden, war die besondere Reaktionsart des Körpers auf Grund bestimmter Mischung der Säfte und ihres Verhältnisses zu den festen Teilen. »Temperamentum est qualitas ex unione et mistione fluidorum eorumque debita ratione ad solida resultans«[1]). Unterschieden wurde die Crasis insita in den Organen von der Crasis influens »quae a spiritibus et sanguine in partes influit«. Mit alledem konnte die zu Beginn des 19. Jahrhunderts beliebte vitalistische Orientierung nicht viel anfangen. Man ersetzt die Temperamente durch die Lebenskräfte. Diese können in positivem oder negativem Sinne von der idealen Norm abweichen. Das cholerische entspricht dem heftigen, das phlegmatische dem trägen, das sanguinische dem flüchtigen, das melancholische dem beharrlichen Temperament. Dem Choleriker wird neben dem muskulösen straffen Körperbau, Übergewicht an Faserstoff im Blute, gelbliche Hautfarbe, dunklem Haar, Anlage zu heftigen entzündlichen Krankheiten ausdrücklich Reichtum an Galle nachgesagt[2]). (Vgl. Kleists letzte Stunden S. 49.)

Eigenartig sind die Parallelisierungen der Temperamente bei dem großen *Joh. Chr. Reil* (gestorben 1815). Temperament ist nach ihm die besondere Richtung, die der Mensch dadurch bekommt, daß das Verhältnis seiner Faktoren veränderlich ist (vgl. die antike Säftelehre). Es entsteht durch die temperierten Elemente C, O, H, N. Da jede Kraft, also auch die Lebenskraft, auf dem Wechselspiel zweier Gegenstrebungen, der romantischen »Polarität« beruht[3]), so müssen dem Leben recht eigentlich 2 Lebenskräfte zugrunde liegen. Beide können ins Positive oder Negative gesteigert werden. Also sind 4 Temperamente denkbar[4]). Bei *Reil* sind es 4 Richtungen, die südliche mit Vorwiegen von Stickstoff und Hirnsystem (sanguinisch), die nördliche melancholische (Kohlenstoff), die östliche cholerische (Sauerstoff), die westliche phlegmatische (Wasserstoff). Dabei ist

[1]) *Blancardi, St.*, Lexicon medic. tripart. Lipsiae 1777, S. 1219.

[2]) *Hartmann, Ph.*, Theorie der Krankheit, Wien 1823, S. 470.

[3]) *Hartmann, H.*, a. a. O., S. 77ff.
Hartmann a. a. O., S. 468.

[4]) *Reil*, Entwurf einer allgemeinen Pathologie, Halle 1816, III, S. 78ff.

Digitized by Google

gemeinschaftliche Religionsschwärmerey sich gesellte« (S. 49/50 d. »Aktenmat.«). Eine Vermutung, welche der Arzt bei ihr nicht aufwarf, die doch gleichwohl denselben Tod unter denselben Umständen gefunden hatte: sie möchte wohl aber »aus Furcht für einem langsam sehr schweren Tod, sich diesen leichten Tod gewählt haben» (S. 53 d. »Aktenmat.«). Hier und schon früher erhebt sich die peinliche Frage, ob Henriette Vogel Kleist von ihrer unheilbaren und tödlichen Krankheit unterrichtet hatte. — Indessen besteht doch m. E. nicht der geringste Anhaltspunkt dafür, daß etwa bei Kleist eine Geistesstörung im eigentlichen Sinne vorgelegen hätte: Ich kann auch von meinem Standpunkt aus *Minde-Pouet* nur darin folgen, wenn er jene eigenartigen Dokumente einer ekstatischen Verfassung entgegen anderer Auffassung nicht als untrügliche Zeichen des »Wahnsinns« ansehen will. Es ist die Frage, inwieweit Dokumente solcher Art (der nichts als Liebkosungen enthaltende »Brief« von ihm an sie, nach Michaelis 1810 geschrieben, und ihre »Antwort« hierauf[8]))

das Temperament Angelegenheit der Ganzheit. Es ist auf Leib nicht und nicht auf Seele beschränkt. Die genannten Elemente sind also auch nicht körperlich zu verstehen, sondern als Symbole der ideellen Faktoren. Was das Temperament für das Individuum, ist die Rasse für die Gattung. Die verschiedenen Völker haben verschiedene Temperamente und daher auch Krankheitsanlagen.

Bei den orthodoxen Brownianern, wie z. B. *Röschlaub,* ist Temperament einfach die verschiedene Reizbarkeit[5]).

Obschon also die Zeitströmung dem Temperamentbegriff nicht günstig, die Reaktion gegen *Galen* und den Humorismus schon seit dem 16. und 17. Jahrhundert vor allem mit *Paracelsus* und *Helmont* eingesetzt hatte, erhalten sich die Spuren der alten humoralen Temperamentenlehre in den Vorstellungen auch der Ärzte zäh. Übriges hatte grade *Helmonts* Kampf den Temperamenten gegolten: »Ideoque mistionum ratio tabescit; numerus elementorum, qualitatum et temperamentorum cessat; atque adeo mendaces sunt futiliates a scholis pertinaciter aut inscitae excultae hactenus«, sagt er in seiner lapidaren Sprache«[6]).

[8]) Kleist an Henriette Vogel:

Mein Jettchen, mein Herzchen, mein Liebes, mein Täubchen, mein Leben, mein liebes süßes Leben, mein Lebenslicht, mein Alles, mein Hab und Gut, meine Schlösser, Äcker, Wiesen und Weinberge, o Sonne meines Lebens, Sonne, Mond und Sterne, Himmel und Erde, meine Vergangenheit und Zukunft, meine Braut, mein Mädchen, meine liebe Freundinn, mein Innerstes, mein Herzblut, meine Eingeweide, mein Augenstern, o, Liebste, wie nenn' ich Dich? Mein Goldkind, meine Perle, mein Edelstein, meine Krone, meine Königinn und Kaiserinn. Du lieber Liebling meines Herzens, mein Höchstes und Theuerstes, mein Alles und Jedes, mein Weib, meine

[5]) Untersuchungen über Pathogenie, Frankfurt a. M. 1798, I, S. 248.

[6]) *Terra* 10, vgl. auch meinen J. B. van Helmont. Berlin, Springer 1930, S. 89.

Digitized by Google

nicht unter Liebesleuten überhaupt, zumal wenn sie etwas schwärmerisch angelegt sind, möglich und selbst häufig sind. Man konnte zudem wahrscheinlich machen, daß ihnen das »Käthchen von Heilbronn« als Modell diente. Auf keinen Fall sind sie geeignet, von sich aus die Annahme einer Geistesstörung zu rechtfertigen. Das Paar hatte den Tod sorgfältig, ganz planmäßig und langsamerhand vorbereitet. Man wollte eigentlich in Kottbus aus dem Leben scheiden. Aber die unerwartete Dazwischenkunft eines Freundes des Hauses Vogel verhinderte dies und ließ die Tat in unmittelbarer Nähe von Berlin vollenden. Alle Angelegenheiten, die ein Mensch, der aus dem Leben scheiden will oder muß, vorher noch erledigt zu haben wünscht, wurden ordnungsmäßig erledigt: Abschiedsbriefe wurden geschrieben, geldliche Verpflichtungen auf das Gewissenhafteste erfüllt, es fehlte nicht der Ausgleich der noch unbezahlten Barbierrechnung für den laufenden Monat. Henriette Vogel traf Anordnungen über die künftige Führung des Haushalts,

---

Hochzeit, die Taufe meiner Kinder, mein Trauerspiel, mein Nachruhm. Ach Du bist mein zweites besseres Ich, meine Tugenden, meine Verdienste, meine Hoffnung, die Vergebung meiner Sünden, meine Zukunft und Seeligkeit, o, Himmelstöchterchen, mein Gotteskind, meine Fürsprecherinn und Fürbitterinn, mein Schutzengel, mein Cherubim und Seraph, wie lieb ich Dich! —

Henriette Vogel an Kleist:

Mein Heinrich, mein Süßtönender, mein Hyazinthen Beet, mein Wonnemeer, mein Morgen und Abendroth, meine Äolsharfe, mein Thau, mein Friedensbogen, mein Schoßkindchen, mein liebstes Herz, meine Freude im Leid, meine Wiedergeburt, meine Freiheit, meine Fessel, mein Sabbath, mein Goldkelch, meine Lust, meine Wärme, mein Gedanke, mein theurer Sünder, mein Gewünschtes hier und jenseit, mein Augentrost, meine süßeste Sorge, meine schönste Jugend, mein Stolz, mein Beschützer, mein Gewissen, mein Wald, meine Herrlichkeit, mein Schwert und Helm, meine Großmuth, meine rechte Hand, mein Paradies, meine Thräne, meine Himmelsleiter, mein Johannes, mein Tasso, mein Ritter, mein Graf Wetter, mein zarter Page, mein Erzdichter, mein Kristall, mein Lebensquell, meine Rast, meine Trauerweide, mein Herr Schutz und Schirm, mein Hoffen und Harren, meine Träume, mein liebstes Sternbild, mein Schmeichelkätzchen, meine sichre Burg, mein Glück, mein Tod, mein Herzensnärrchen, meine Einsamkeit, mein Schiff, mein schönes Thal, meine Belohnung, mein Werthester, meine Lethe, meine Wiege, mein Weirauch und Myrrhen, meine Stimme, mein Richter, mein Heiliger, mein lieblicher Träumer, meine Sehnsucht, meine Seele, meine Nerven, mein goldner Spiegel, mein Rubin, meine Syrings Flöte, meine Dornenkrone, meine tausend Wunderwerke, mein Lehrer und mein Schüler, wie über alles gedachte und zu erdenkende lieb ich Dich. Meine Seele sollst Du haben. Henriette.

Mein Schatten am Mittag, mein Quell in der Wüste, meine geliebte Mutter, meine Religion, meine innre Musik, mein armer kranker Heinrich, mein zartes weißes Lämmchen, meine Himmelspforte. H.

Digitized by Google

beide gaben Anweisungen über die Verteilung hinterlassener Wertgegenstände, die Vogel sorgte durch letztwillige Verfügung noch für die Zukunft und Erziehung ihrer Tochter; die Überzeugung, diese »unter der Obhut der guten lieben Manitius besser als unter der ihrigen« gedeihen zu wissen, war sogar einer der Gründe, die ihr die Trennung von der Tochter erleichterte: die tiefe Selbsterkenntnis, welche Überzeugungen solcher Art zugrunde liegt, pflegt sich nur in wachen Zuständen zu erhalten. Bei ihrer Sorge um den Mann (S. 24 d. »Aktenmat.«) vergißt sie nicht sein nächstes Weihnachtsgeschenk, um dessen rechtzeitige Besorgung in allen Einzelheiten (»eine recht schöne blaßgrüne Tasse, inwendig vergoldet, mit einer goldenen Arabeske auf weißen Grunde zum Rand und am Ober Kopf im weißen Felde mein Vornahme, die Facon wie sie jezt am modernsten ist«: S. 20 d. »Aktenmat.«) sie Peguilhen bittet. Man war also ganz und gar wach, als man zum Tode sich rüstete. Die Umgebung ahnte ja auch nicht das geringste. Wenn die Frau des Tagelöhners Riebisch, welche dem Paare Tisch, zwei Stühle und Kaffee an den See bringen mußte, dem ihr begegnenden Ehemanne Riebisch zurief: »Stelle dir doch die Tollheit vor, die beiden Menschen wollen dort oben Caffee trinken!« (S. 37 d. »Aktenmat.«) — es war immerhin Ende November und schon reichlich kalt —, so wird man die hier gemeinte »Tollheit« gewiß nicht wörtlich nehmen dürfen, sie war auch so nicht gemeint. Dies jedenfalls war das einzig Ungewöhnliche und Absonderliche, das den Zeugen an der Verhaltungsweise des Paares auffiel.

Eine andere Frage freilich ist die, in welchem Zustande Kleist in dem Augenblick gewesen sein mag, als er die tödliche Kugel auf die Vogel und dann auf sich richtete. Hierüber liegen begreiflicherweise keine Dokumente vor. Bei aller Lebensverneinung und Bereitschaft zum Tode vermag der Mensch m. E. doch niemals die eigenhändige Vernichtung eigenen Lebens in einem Zustand zu vollziehen, der besonnen, überlegt (im Sinne »vernünftiger« Überlegung) genannt werden dürfte.

Insofern — und vielleicht auch deswegen, weil Kleist, bei aller Lebensverneinung, die in ihm groß geworden war, doch eine starke Vitalität niemals verleugnen konnte — hat Marie von Kleist sicher recht, wenn sie (am 26. Dez. 1811 an den König) schreibt, daß seinem »ganzen Sein und seiner ganzen Natur Selbstmord zuwieder war«. Auch scheint mir in diesem Zusammenhange beachtlich, daß Kleist, der, wie bereits bemerkt, mit Ausnahme von etwas Kaffee am Todestage nüchtern geblieben war, anscheinend also keine Nahrung zu sich zu nehmen vermochte, viel Alkohol zu sich genommen zu haben scheint: »An spirituosen Getränken haben beide zwey oder 3 Bouteillen Wein, die sie sich mitgebracht, imgleichen ein kleines Fläschchen Rumm genossen, überdies noch bei uns für 8 gr. Rum gekauft, und genossen« (S. 32/33 des »Aktenmat.). Als das Ehepaar Riebisch den beiden Fremden

Digitized by Google

den Tisch und die beiden Stühle, um die sie gebeten hatten, auf den am Wannsee befindlichen Hügel hinauftrugen, sah der Ehemann Riebisch, wie Kleist sich in seiner Gegenwart die letzte Tasse Kaffee einschenkte, und einen in einer Flasche befindlichen Rest Rum zugoß. »Diese genoß er in meiner Gegenwart und sagte zu mir: Alter Vater! sage er doch dem Herrn daß er mir diesen Buddel (es war eine halbe Quart Flasche) noch halb voll Rumm herschicke! Die Dame bemerkte dagegen: Liebes Kind, willst du heute noch mehr Rumm trincken, du hast ja schon genug getruncken und der Herr erwiederte: Nun liebes Kind, wenn du nicht willst, will ich auch nicht, dann lasse Er es nur seyn, alter Vater, und bringe Er nichts her.« (S. 38 d. »Aktenmat.«)

Es scheint also, daß die innere Verfassung, in welche sich Kleist unter dem Einfluß der Henriette Vogel mit aller Gewalt zur Ausführung der Tat versetzen mußte, doch noch nicht einen so tragfähigen Boden für die Ausführung des Entschlusses abgab, als daß er nicht noch des äußeren Hilfsmittels, des Alkohols, bedurft — es wenigstens gern gesucht hätte. Wieviel innere und äußere Umstände mußten zusammenwirken, damit dieser todesbereite Mensch zur eigenhändigen Vernichtung des Lebens imstande wurde!

Die Riebisch gab an, daß sie etwa 50—60 Schritt (S. 28 und 34 d. »Aktenmat.«) gegangen sein mochte, als sie den zweiten Schuß hörte (sie hatte sich bei beiden Schüssen nichts gedacht: »Ich glaubte, daß die Fremden vielleicht mit Schießgewehr, so ich indeß vorher gar nicht bemerkt, Scherz treiben.« S. 34 d. »Aktenmat.«). Die Frau war etwa 50 Jahre alt, man wird annehmen dürfen, daß sie nicht eben gerade rasch ging und daher den Zeitraum, welcher zwischen dem ersten und zweiten Schuß verging, auf etwa anderthalb bis zwei Minuten schätzen dürfen. Was mag in Kleist wohl in jenen letzten Lebensminuten vorgegangen sein? Soviel steht fest: er brauchte keine Zeit mehr mit dem Laden der Waffe zu verlieren, denn von den drei Pistolen, die man bei den Leichen fand, waren zwei »abgeschossen«, und nur die dritte, die noch dazu auf dem Tisch lag, war »nach der Meynung eines hinzu gekommenen Garde du Corps, geladen, weshalb denn auch von diesem der Stein von der Batterie genommen worden«. (S. 39 d. »Aktenmat.«.) Kleist hatte also, offenbar um gegen die Eventualität des Versagens einer Waffe gerüstet zu sein, drei geladene Pistolen bei sich, von denen zwei für je einen der beiden einzigen Schüsse, die abgegeben wurden, entladen wurden. Es versagte also kein Schuß. Er konnte, nachdem er die Vogel tödlich getroffen hatte, sofort nach der zweiten geladenen Waffe greifen. Dazu bedurfte es aber wohl nur des Bruchteils einer Minute. Hat er sich noch um die Sterbende bemüht? Zögerte er noch ein letztes Mal, die Waffe auf sich zu richten? War nicht auch mit ihr eine starke, zum Tode drängende Kraft dahin

Digitized by Google

und er nun wieder allein und für den noch zu erledigenden, vielleicht schwierigsten Teil der Handlung ganz auf sich angewiesen? Vielleicht schoß er nun nur noch deswegen auf sich selbst, um ein Versprechen einzulösen? Man traf seine Leiche in knieender Haltung an: »Der Herr saß ihr gegenüber, jedoch so, als wenn er in die Kniee gesuncken, oder vor die Dame niedergekniet wäre« (Aussage des Gastwirts Stimming: S. 32 d. »Aktenmat.«); »die Mannsperson saß in einer fast knieenden Stellung vor ihr ....« (Aussage der Ehefrau Riebisch: S. 35); »die Mannsperson lag in einer halb knieenden Stellung vor ihr« (Aussage des Hausmädchens der Stimming: S. 40). Hat Kleist vor ihr gekniet, bevor er ihr den tödlichen Schuß gab? Kniete er erst vor der Sterbenden oder Toten nieder oder sank er erst im Tode zusammen? Diese Fragen werden wohl schwerlich jemals ihre Antwort finden. — Warum mag er sie in das Herz, sich selbst aber in den Mund geschossen haben?[9]). War es ihr Wunsch, daß er sie ins Herz

---

[9]) Nach der von mir eingeholten gutachtlichen Äußerung des Herrn Prof. Dr. Strauch, Berlin, steht der Schuß in den Mund, was die Häufigkeit anbelangt, an vierter Stelle.

»Die häufigste Art, sich zu erschießen, ist die, daß von Rechtshändern ein Schuß in die rechte Schläfe abgefeuert wird. Demnächst am häufigsten wird in die Stirn geschossen, dann in die Herzgegend, und erst als vierte, etwas seltenere Todesart ist der Schuß in den Mund anzusehen.

Daß dieser Schuß in den Mund etwa eine besondere Bedeutung in gerichtsärztlicher Beziehung hat, kann nicht erklärt werden, höchstens insofern, als auch hier beim Schuß in den Mund die Frage fremder Tötung aufgerollt werden kann, die ja zunächst etwas abwegig erscheint. Aber der Fall der Bürgermeisterstochter Grete Beier in Brand i. Sachsen beweist, daß es auch möglich ist, daß jemand durch Schuß in den Mund durch fremde Hand getötet werden kann.

Ob dieser Schuß in den Mund bei Soldaten besonders beliebt ist, habe ich niemals gehört, auch nicht, daß dies etwa vor 100 Jahren der Fall war.

Viele Selbstmörder bieten ja meines Erachtens so merkwürdige Rätsel bei der Ausführung ihrer Tötung dar, daß man tatsächlich zweifeln muß, daß sie im Augenblick der Tat sich in ihrem geistig gemütlichen Gleichgewicht befunden haben. Sie wählen manchmal ganz unnötig komplizierte, unnötig schwierige phantastische Arten, sich zu töten, die mit überflüssigen Schmerzen verbunden sind und die in bezug auf den Erfolg recht unsicher erscheinen mußten.

Warum der eine sich in die Stirn, der andere in den Mund oder gar in den Hinterkopf schießt — worüber mir auch drei bis vier Fälle bekannt sind —, ist meines Erachtens noch nicht bekannt.

Jedenfalls ist die eine oder andere Tötungsart nicht etwa bei einer bestimmten Volksklasse oder Berufsschicht häufiger als bei einer anderen. Es beruht dies wohl ganz auf rein subjektiven Entschlüssen.«

Im einzelnen macht Prof. Dr. *Strauch* zu den Obduktionsprotokollen noch folgende (z. T. sich mit den Darlegungen *Pagels* deckende)

Digitized by Google

traf? Die Annahme hätte etwas für sich, wenn man bedenkt, daß es ihrer auf primitive Symbolik eingestellten Natur wohl ent-

---

Ausführungen: »Es ist wohl als sicher anzunehmen, daß Kleist und Henriette Vogel gemeinsam am 21. November 1911 eine Selbsttötung begangen haben und zwar derart, daß Kleist die Vogel durch einen Nahschuß in die Herzgegend getötet hat. Der Nahschuß geht hervor aus den Brandspuren an der Kleidung der Vogel. Der Schuß war ein sofort tötlicher, ging durch den unteren Rand der linken Lunge und ging unter dem linken Schulterblatt heraus. Das Geschoß scheint nicht gefunden worden zu sein. Die Getötete war meines Erachtens eine gesunde Frauensperson, wenn auch eine Gehirnsektion aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden konnte. Ich kann mich aber der Auffassung der Obduzenten nicht ohne weiteres anschließen, daß sie sicher an einem unheilbaren Gebärmutterkrebs gelitten habe, und daß dies die Ursache für ihren Freitod abgegeben haben solle. Die knorpelharte Beschaffenheit der Gebärmutter ist schließlich ein bisweilen beobachteter Befund, der noch keineswegs bei einer 34jährigen Frau, die schon geboren hat, mit Sicherheit krebsiger Natur zu sein braucht. Aber die Vogel scheint an einem eiterigen Gebärmutterkatarrh mit geschwürigen Prozessen des Gebärmutterhalses gelitten zu haben.

Was die Obduktion des Kleist selbst betrifft, so hat er den Schuß in den Mund gewählt, es scheint aber keine große Pulverladung gewesen zu sein, denn irgend eine platzförmige Zerstörung der Wangenschleimhaut durch Pulvergase, wie man sie bei Schuß in den Mund zu beobachten pflegt, hat gefehlt. Auch hat ja das Geschoß keinen Ausschuß erzeugt, sondern es blieb als ein etwas deformiertes Bleigeschoß in der Hirnsubstanz der rechten Hirnhalbkugel stecken. Nach dem Obduktionsbefund haben sicher bei Kleist noch länger sogenannte terminale Atembewegungen stattgefunden, denn in der rechten Lunge war erhebliches Blutatmen durch Verletzung des Gaumens festzustellen gewesen. Ganz gesund scheint Kleist nicht gewesen zu sein, wofür der Befund in der Leber spricht, die »widernatürlich groß« und so fest gewesen ist, daß sie sich nur mit Mühe zerschneiden ließ. Es scheint demnach Kleist an Leberzirrhose (Leberverhärtung) gelitten zu haben, wie man sie vielfach bei Persönlichkeiten beobachtet, die reichlich dem Alkoholgenuß gefröhnt haben. Auch kann vielleicht in der Beziehung als bedeutsam erachtet werden, die feste Verwachsung der harten Hirnhaut mit der Innenfläche des Schädeldaches. Ob man aus dem Leber- und Gallenbefund allein schon den Schluß ziehen kann, daß Kleist ein exzentrischer, cholerischer Mann mit hypochondrischen Anfällen war, steht dahin. Es entspricht dies aber der damaligen Auffassung, daß ein solcher Zusammenhang zwischen Leber- und Gallenbeschaffenheit und seelischer Veranlagung bestände, und daß man vor allem, wie im vorliegenden Falle, verdickte, harte Leber mit schwarzem, dickem Blut und verdickter Galle gerade Melancholikern oft zu erheben meinte. Stammt doch der heute noch gebräuchliche Ausdruck Melancholie (Schwermut), aus jenen früheren Anschauungen her und heißt zu deutsch: Schwarzgalligkeit, mellas chole.

Dies ist das, was ich zu sagen hätte über die mir vorgelegten Ob-

Digitized by Google

sprach, den Schuß gerade ins Herz zu erhalten. Aber eine Tatsache zwingt doch diese Annahme wieder fallen zu lassen: in einer seiner Erzählungen, der »Verlobung in St. Domingo«, hat Kleist die Art des Todes, die er der Vogel und sich selbst zufügte, in auffallender Übereinstimmung mit den späteren Geschehnissen im eigenen Leben als das Ende des Liebespaares der Erzählung beschrieben! (Der Held trifft sie mitten durch die Brust und setzt sich selbst die Waffe in den Mund.) Hat Kleist also die Art des eigenen Endes in der Idee vorweggenommen?[10]). In diesem Falle würde sich die Bedeutung der Vogel auf Übernahme einer fertigen »Rolle« beschränken; sie wäre darum nicht weniger verhängnisvoll und nicht weniger entscheidend gewesen. Auch wird man sich diese »Rolle« nicht so vorzustellen haben, daß Kleist sie ihr in bewußt durchgeführter Regie des gemeinsamen Endes zuwies: das Dunkel der Beziehung, das zwischen dem in der Erzählung vorweggenommenen Ende (in der noch dazu die Geliebte aus Irrtum der Waffe des Geliebten zum Opfer fiel) und dem Tod in der Wirklichkeit sich ausbreitet, weicht nicht unseren dürftigen rationalen Erhellungsversuchen, die sich des unzulänglichen und untauglichen Instrumentes des Wortes bedienen müssen.

Frankfurt a. M., August 1931.

---

duktionsprotokolle, die an sich sonst, wenn ich mir ein Werturteil erlauben darf, recht sorgfältig und anschaulich abgefaßt sind, trotzdem ja damals noch nicht unsere erst durch *Rudolf Virchow* eingeführte, so ausgezeichnete Sektionstechnik bestand.«

[10]) Wir erinnern uns in diesem Zusammenhang, daß die in Liebkosungen schwelgenden Liebes»briefe« des Paares auch als nach Modellen von Kleist abgefaßt gelten. Kleist scheint — wenn die Deutung zutrifft — also nicht nur die Art des Endes, sondern auch in gewisser Weise den Inhalt der Beziehung vorweggenommen zu haben!

Digitized by Google

Kompositionen Schizophrener.

Von

Dr. **Fr. Polik**, Neuruppin.

In einer früheren Arbeit habe ich über die Kompositionen eines Manischen berichtet und dabei auf die einschlägigen Arbeiten verwiesen, welche auch bei dieser Arbeit zu berücksichtigen sein werden.

Wieder muß besonders die Arbeit von *Rentsch*[1]) herangezogen werden, in der die Melodie einer Schizophrenen abgedruckt worden ist. Dieser Notensatz ist von *Rentsch* niedergeschrieben worden, der ihn den wiederholten Vorträgen der Kranken abgelauscht hat. Dabei erwähnt er, daß seine Kranke keinerlei Notenkenntnisse gehabt habe. Der ganze Satz ist aber trotz seiner richtig erscheinenden Schreibweise ein Sing-Sang, der kaum als eine Komposition gewertet werden könnte, denn die Melodie ist uneinheitlich im Aufbau und ohne jegliche Takteinteilung, resp. ohne Rhythmus.

Wenn die Kranke ohne jedwede theoretische Kenntnisse gewesen ist, so erscheint mir dies nicht so erstaunlich, denn die Abfassung der Melodie ist keine große Leistung. Das ganze ähnelt sehr der Wiedergabe einer vor sich hingesummten Melodie eines an sich unmusikalischen Menschen, der einmal eine Komposition gehört hat, sie nunmehr wiederholen will und dabei allerhand Töne von sich gibt, die alles andere, nur nicht eine Wiedergabe des Gehörten darstellen. Daß die Kranke bei dem wiederholten Singen immer das gleiche produziert hat, ist auch nicht weiter absonderlich, denn sie war, wie angegeben, Sängerin in einer herumziehenden Artistentruppe. So ganz ohne Musikkenntnisse kann sie demnach auch nicht gewesen sein, zum mindesten hat sie eine Tonreihe wiederholen können, ganz gleich von wem diese ihr vorgesungen worden ist, ob von ihren Kollegen oder von halluzinierten Stimmen, denn in der Zeit vor ihrer Erkrankung hat sie ihre Lieder nach dem Gehör nachsingen müssen.

[1]) *Paul Rentsch:* Musik und Geistesstörung; Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 85. Band S. 35ff.

Digitized by Google

Die übrigen in der Literatur mitgeteilten Melodien oder auch nur Motive haben oft keinen Anspruch darauf, als geregelte Kompositionen zu gelten. Meist sind es kurze Perseverationen in Tönen, die manchmal ganz zusammenhanglos vorgetragen resp. aufnotiert worden sind.

Die beiden Kranken, deren Arbeiten ich nunmehr einer Besprechung unterziehen will, haben Kompositionen geschaffen, die diesen Namen in gewissem Sinne verdienen; denn die Stücke haben einen entsprechenden Aufbau und enthalten eine Reihe von Themen und Motiven, die nicht nur ganz äußerlich zusammengeschrieben erscheinen, sondern die in gewisser Weise einen Zusammenhang haben. Beide waren vor ihrer Krankheit nicht Musiker von Beruf. Bei beiden bildet das Wahnsystem (großer Techniker, großer Mensch, großer Komponist zu sein) die Grundlage für ihre kompositorische Betätigung. Sie haben in ihren gesunden Tagen Musikunterricht genossen, aber keiner ist später in seinem Beruf künstlerisch tätig gewesen. Durch den Unterricht haben sich beide eine gewisse theoretische Unterlage erworben und mit dieser Hilfe bauen sie ihre Kompositionen auf. Eine gründliche Ausbildung in der Theorie fehlt beiden; denn sie schreiben Fehler elementarster Art. Für die Wertung der einzelnen Kompositionen ist es wichtig zu wissen, daß beide Kranke keinerlei Instrument zur Korrektur ihrer Arbeit zur Verfügung hatten.

Aus der Krankengeschichte des ersten ist zu entnehmen: N., früher Offizier, beschäftigte sich schon als junger Leutnant mit der Anfertigung technischer Erfindungen. Er gibt an, er habe selbst eine größere Reihe Erfindungen gemacht, die ihm ein großes Vermögen eingebracht hätten. Dies habe bewirkt, daß er von seinen Vorgesetzten bei allen Neuerungen zu Rate gezogen worden wäre. Er sei deshalb auch nach und nach Mitglied von ungefähr 40 wissenschaftlichen Gesellschaften geworden, da man besonders im Auslande den Wert seiner Entdeckungen erkannt habe. Doch jetzt verfolge ihn eine Clique, der es gelungen sei, ihn um seine Vermögen und auch um seine Bibliothek zu bringen. — Tatsache dagegen ist, daß er wegen Geisteskrankheit aus dem Dienste entlassen worden ist, und daß er eine kleine Pension bekommt. Er kam seiner geistigen Störung wegen in eine Anstalt, in der er bis zu seinem Tod verblieben ist.

Er hat ungefähr 300 Kompositionen angefertigt, die alle aus bekannten Melodien zusammengesetzt gewesen sein sollen. Von diesen Stücken hat sich nur eins retten lassen. Die meisten anderen sind im Selbstverlage erschienen und in einer Druckerei fertiggestellt worden. Aber leider existiert die Firma nicht mehr,

Digitized by Google

und ich habe trotz zahlreicher Versuche nichts mehr davon bekommen können. Ein weiterer großer Teil ist von Mäusen, die N. in seinem Zimmer hielt und mit großer Sorgfalt pflegte, zerfressen worden. Die Reste sind nach seinem Tode bei der Aufräumung seiner Stube verbrannt worden. So ist nur die Arbeit übriggeblieben, die er seinerzeit einem Kollegen zur Geburt seines ersten Sohnes gewidmet hat. Dieser hat sie aufgehoben und mir, als er den Inhalt meines Themas erfuhr, in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt.

Der Kranke N. lebt in den Jahren 1904—1906 ganz seinen Erfindungen, er baut sich Modelle von Luft- und Kriegsschiffen. Er behauptet, er schreibe auch Artikel für viele ausländische Zeitungen, er habe sich für seine Kompositionen ein eigenes Instrument gebaut, auf welchem er die Werke habe spielen wollen. Man habe ihm dieses aber entwendet, und nun fordert er von den Ärzten die Herausgabe. Oft genug ist er deswegen erregt und überhäuft sie bei den Visiten mit den übelsten Ausdrücken. In den folgenden Jahren beschäftigt er sich weiter zumeist auf seinem Zimmer. Er komponiert einen Dreadnaught-Marsch, der ganz leidlich gewesen sein soll. Außerdem sammelt er alles, was ihm in die Hände gerät, und stopft seinen Aufenthaltsraum mit allem möglichen Unrat voll. 1918 stirbt er. Als man sein Zimmer aufräumt, was er vorher immer mit List und vielen Beschimpfungen zu verhindern verstanden hatte, fand man, daß der Raum mit vielen Mäusen angefüllt ist, die er während seines Lebens gehalten hatte.

Zu den Noten selbst ist zu bemerken. Der H. W. Marsch hat einen regelgemäßen Aufbau, Introduktion, Hauptsatz und Trio. Die Introduktion besteht aus sechs Takten, von denen die ersten vier vollständig genügt hätten, denn der Schlußakkord im fünften gehört dem Sinne nach schon in den vierten Takt, und der sechste ist schon wieder ein Schluß für sich. Er erscheint sogar unnötig, denn es genügt ein Schlußgedanke, und so gilt entweder der Akkord oder der Lauf. Im eigentlichen Marsch bilden die ersten acht Takte das Thema. Dabei muß festgestellt werden, daß weder die eingeschobenen hohen Noten noch der Lauf zur Verschönerung resp. zur Untermalung des Ganzen dienen. Sie sind Einschiebsel zur scheinbaren Verbesserung des Satzaufbaus, wie sie sich im ganzen folgenden Stück nachweisen lassen. Dabei bilden sie auch keinen Kontrapunkt, wie er häufig gerade in Märschen beliebt ist. Doch auch der achte Takt bringt keinen Ruhepunkt, sondern er führt vom c bis zum g als Übergang zum Gegenthema. Dieses wiederholt zumeist in einer anderen Tonhöhe den Inhalt des Themas. Der Schluß und der Anfang des Satzes ist der gleiche.

Digitized by Google

Im ersten Satze durchbrechen zwei sehr lange glissandos die Strenge des Marschaufbaus. Außerdem werden Sprünge zur Phrasierung vorgeschrieben, die nur zur Bereitung von Schwierigkeiten dienen und zur Überlastung des Satzes beitragen. Beachtet man ferner die Takte, welche nach überschriebener Angabe um eine Oktave tiefer gespielt werden sollen, so erkennt man, daß Melodie und Begleitung in eine Oktave zusammengeklemmt werden, daß dann die Begleitung d f h die Melodie teilweise überlagert, teilweise in sich aufnimmt. Dabei ist kein Grund zu erkennen, welcher zu der Tieferlegung der Melodie zwingt. Diese Schreibweise ist wohl bei einer Komposition für mehrere Instrumente möglich, kann dann sogar infolge der verschiedenen Klangfarbe sehr gut klingen, gibt aber beim Klavierspiel nur ein Durcheinander von Klängen und ist als ein Übergang zu werten, aber kaum als eine Melodieführung. Die Wiederholung macht den Fehler, mit dem 31. Takte zu schließen, obwohl der Nachschlag gut noch in einen 32. Takt gepaßt hätte. (Es sei hier wiederholt, daß, unserem Empfinden nach, der Schluß eines Musikstückes mit einem Takte erfolgen muß, dessen Zahl durch vier teilbar ist.)

Während der erste Teil eine Melodie aus der Phrasierung herauserkennen läßt, verweigert der zweite Teil dem Ohr diese Annehmlichkeit. Ansätze dazu sind vorhanden, aber die Sucht, mit technischen Schwierigkeiten zu paradieren, verhindert die logische Durcharbeitung des melodischen Gedankens. Das Ganze ähnelt einem Neologismus, wie er von den Patienten mit gleicher Erkrankung des öfteren gebraucht wird.

Die ersten vier Takte sollen die letzten Vorbereitungen für die Geburt des Kindes erläutern. Im pp beginnen die Läufe, immer schneller wird die Tonfolge, immer gesteigerter wird die Tonstärke bis nach zwei langen Läufen das Ende des Geburtsvorganges erreicht sein soll. »Hier ist er«, schreibt N. zwischen die Noten, um damit den Eintritt des freudigen Ereignisses kund zu geben. Aber, wie soll dieser Vermerk bei einem allgemeinen Vortrage zum Ausdruck gebracht werden? Soll der Musiker beim Spiel dazwischenrufen? N. aber hat dieses Stück nur für den engsten Familienkreis, welcher den Zusammenhang kennt, bestimmt. Er schreibt auch an den Anfang: »Opus privat«. Die Absicht, den Beginn und den Verlauf einer Geburt zu schildern, ist ihm nur sehr schlecht gelungen. Die Größe des Ereignisses, der Beginn der Wehen mit einigen leichten Schmerzempfindungen, die Steigerung des Schmerzes bis zum Durchbruch des Kopfes, dies alles wird in vier kleinen Takten abgetan. Der Mangel an wirklicher Kompositions- und Gestaltungsgabe zeigt sich besonders an dieser Stelle. Er verweilt nun nicht lange an

Digitized by Google

dem erreichten Punkte. Im Marschtempo geht die Melodie weiter, um nach vier Takten in den höchsten Lagen ein kreischendes Crescendo, wohl das erste Kindergeschrei, zu bringen. Nach einem kleinen »piano« und »pianissimo« Motiv steigt die Tonstärke erneut an. Dann endet der Satz in Triolen, weiten Sprüngen und weiteren drei Läufen.

Bis zu den Worten »Hier ist er« läßt sich die Absicht des Komponisten noch verstehen, aber die folgenden Noten sind unmotiviert. Eine Fortsetzung von Läufen hätte sich besser nachempfinden lassen. Diese Textworte hätten mit dem Abschluß des Gedankens auch den Abschluß des Satzes bringen sollen. Durch die voreilige Anschrift hat sich N. um den Effekt seines Satzes gebracht. Die folgenden Takte in ihrer seltsamen Sprunghaftigkeit hätten gut zum Ganzen gepaßt, so fragt man sich unwillkürlich nach dem Sinne der folgenden Noten. Auch die Aufgabe, nach Beendigung dieses Teils eine Wiederholung zu bringen, erscheint etwas seltsam, denn doch nur einmal mußte die Geburt überstanden werden. Warum soll dann der ganze Satz wiederholt werden? Die Antwort erscheint mir leicht zu geben. In den meisten Musikstücken werden die einzelnen Teile wiederholt, und in katatoner Denkungsart wird die Schreibweise auch hier angewendet, wo sie bestimmt nicht paßt. Daß er an den nachfolgenden Teil der Entbindung gedacht hat, ist kaum anzunehmen, denn dies hätte er bestimmt zum Ausdrucke gebracht. (Leider hat mit Rücksicht auf die hohen Druckkosten ein weiterer Abdruck von Musikproben nicht stattfinden können. So muß ich mich damit begnügen, den Inhalt des Trios nach allgemeinen Gesichtspunkten darzustellen.)

Die Einleitung des Trio ist nur eine Folge von acht Takten Begleitung, die Läufe im oberen Notensystem sind ein Verwischen des dreimal wiederholten Grundtons. Sie schließt mit einem Gkontr., weil diese Note in gerader Linie, wörtlich genommen, zu den beiden vorherstehenden Noten E und C liegt.

Die Einführung in ein Musikstück allein durch eine Reihe von Noten im Baßsystem kommt häufiger, besonders bei Walzern vor, kann deshalb nicht als etwas ungewöhnliches gelten, nur begnügten sich früher die Komponisten damit, diese Einleitung durch nur vier Takte zu bringen. Jetzt zur Zeit des Jazz, wo der Hauptwert eines Stückes auf der Durchführung eines strengen Taktes beruht, habe ich melodielose Einleitungen in Tänze von noch längerer Durchführung gehört. N. bringt diese Einleitung für acht Takte. Sie wirkt dadurch langweilig.

Das eigentliche Trio leidet nun darunter, daß N. kein Instrument zur Verfügung hatte, um die in seinem »inneren Ohr« vernommenen Melodien entsprechend zu korrigieren. Mit dem Aus-

Digitized by Google

druck »in seinem inneren Ohr« sind nicht die Halluzinationen der Schizophrenen gemeint, sondern jene Bewußtseinsinhalte von gehörten oder eigenen Melodien, welche auch den Normalen oftmals begleiten und seine Aufmerksamkeit zu absorbieren suchen, aber nicht mit dem Zwange der Halluzination begleitet sind. Für den schaffenden Künstler ist dieses Wahrnehmen von Melodien für die Abfassung seiner Kompositionen wichtig, denn er muß den Inhalt seiner Arbeit gehört haben, bevor er ihn zu Papier bringt. Zur Ausarbeitung muß er außerdem noch seine theoretischen Kenntnisse und Fertigkeiten zu Hilfe nehmen, um aus der »gehörten Melodie« den fertigen Satz zu schaffen. Dabei muß er sich in Zweifelsfällen der Korrektur durch ein Instrument bedienen können, um »Hörfehler« zu vermeiden, er sei denn ein Mensch mit ganz besonders durchgebildetem Tonerkennen. N. schrieb seine Kompositionen ohne Revision durch den Klang, allein so, wie er ihn zu hören glaubte, vielleicht sogar allein beeinflußt durch das Bild der geschriebenen Noten. Dabei entstanden ihm die Fehler, die sich anders kaum erklären lassen.

Der sechzehntaktige Satz besteht aus Thema und Gegenthema. Die Melodie ist als unschön zu bezeichnen, der Satz ist verschroben seltsam. Das Gegenthema ist ganz annehmbar: mit einigen schrulligen Sprüngen über zwei Oktaven hinaus und einem langen Glissando am Schluß.

Der zweite Teil des Trios ist unmelodisch. Neben Triolen und kleinen Läufen erscheinen wieder große Sprünge, die geradezu bizarr wirken. N. liebt aber diese Kapriolen und Sprünge und glaubt damit »neuartige« Musik zu schaffen.

In dem Trio finden sich an verschiedenen Stellen Vorschlagnoten, deren Sinn und Zugehörigkeit fraglich bleibt. Sie stehen am Schluß von Takten, ohne daß eine weitere Note folgt. Ihre Hauptnote befindet sich dann erst im folgenden Takte. Ein Grund für diese Schreibart läßt sich nicht angeben, denn ein Raummangel liegt nirgends vor.

Maniriertheiten im musikalischen Ausdruck veranlassen N. dann noch auf einem falschen Takte zu schließen, während eine Dehnung oder Kürzung der Notenwerte einen richtigen Schluß zugelassen hätte.

Ein Schlußsatz enthält dann keine eigentliche Themaführung mehr. Ansätze dazu finden sich wohl, aber sie bleiben unmelodiös. Wie schon vorher erwähnt, so durchbrechen auch hier Läufe und Sprünge nebst Notenwiederholungen die gesamte Konzeption.

Noch einmal soll das ganze Stück wiederholt werden und mit einer Coda mit zwei langen Läufen erreicht der ganze

Digitized by Google

Marsch sein Ende. Leider läßt dies einzige gerettete Stück des N. keinen Schluß über den Inhalt der übrigen Kompositionen zu.

Der Blick über die gesamte Arbeit des N. läßt erkennen, daß eine einfache Melodie, die gerade durch ihre Einfachheit und ihren bescheidenen Aufbau hätte wirken können, gleichsam durch eine Dissoziation der Idee verworren und kaum spielbar geworden ist. Die Sucht, mit technischen Schwierigkeiten zu paradieren, läßt alles durcheinander geraten. Sehr auffallend ist die vielfache Verwendung der Phrasierungszeichen (p, pp, f, ff, decresc., cresc.). —

Die Krankengeschichte des anderen Kranken E. bringt folgende Angaben. E. ist unehelich geboren, sein Vater starb an Paralyse. E. besuchte das Gymnasium und studierte dann Theologie. Während des Studiums erkrankt er und muß in eine Anstalt gebracht werden.

Nach dem Abklingen dieses ersten Schubes, in dem er sich von anderen Studenten beeinflußt glaubt, wird er entlassen. Er ist darauf in kaufmännischen Betrieben in untergeordneten Stellen tätig. Lange verbleibt er nicht außerhalb der Anstalt, nach kurzer Zeit ist er wieder eingeliefert. Dies wiederholt sich zu verschiedenen Malen. Immer sind es die gleichen Beeinträchtigungsideen. Er macht auch seinem Stiefvater unberechtigte Vorwürfe. Mit dem Arzte disputiert er in spitzfindiger Weise und überschätzt dabei seine Kenntnisse und Fähigkeiten. In den ersten Jahren der Erkrankung liegt er auch zeitweise mit vorgeschobenen Lippen unter seiner Decke versteckt. Auf Fragen gibt er Antwort, jedoch mit Neigung zu Paralogien. Trotz sonst erhaltener Orientierung gibt er an, er sei in L. gewesen, ohne daß er jedoch angeben kann, auf welche Weise er aus dem Bett nach jenem Orte gekommen sein könnte. Bei einer Exploration wird er nach dem Datum gefragt. Er antwortet: »119. Oktober«. Wie ist dies möglich? »Das ist mein eigenes System, das verstehen Sie nicht.« Dabei ist er über seine Person völlig orientiert. Später verkriecht er sich zeitweise hinter den Betten, er habe etwas zu überlegen. Er wird danach sehr lebhaft und überfällt das Pflegepersonal. In der Folgezeit unterhält er sich oft mit einem Schwachsinnigen über Musik. Seine krankhaften Ideen erleiden dann auch einen Wechsel in ihrem Aufbau und in ihrem Gegenstande. Er soll nunmehr vergiftet werden, er schmeckt Gerbsäure und scharfe Medizin. Im nächsten Jahre erhalten die Beziehungsideen sexuellen Einschlag. Er wird aggressiv, weil man ihn durch großen Lärm belästigt. — 1919 beginnen seine Größenideen. Er sei in der Anstalt, um Diplomat zu werden. Er dachte auch daran, einmal zum Kabarett zu gehen, um später Attaché zu werden. Jetzt wolle er ins Konservatorium, um Musik

Digitized by Google

zu studieren. 1921 gelingt es ihm aus der Anstalt zu entfliehen. Er findet eine Stellung in einem Kaufmannsgeschäft. Eine Zeit lang kann er seiner Ideen und Halluzinationen Herr werden, aber dann kommt er damit heraus, er will die Menschheit und die Religion verbessern, er will Dichter und Komponist werden. Unter dem Einfluß seiner Sinnestäuschungen bekommt er einen Tobsuchtsanfall.

In der Anstalt liefert er dann schwachsinnige Gedichte und Kompositionen. Eines Tages erklärte er, er wünsche, daß man ihn »Herr Komponist« anrede. Er liest in der folgenden Zeit viele Bücher über Musik und kommt zu der Ansicht, er sei ein tüchtiger Komponist. Eine seiner Ouvertüren habe in N. aufgeführt werden sollen, aber man habe dies in böswilliger Weise verhindert. Seit 1926 lehnt er jedwede andere Tätigkeit ab, er sei Komponist, und für ihn käme keine andere Arbeit mehr in Frage. Er sitzt auch jetzt nur herum und plaudert mit seiner Umgebung oder schreibt Noten in sein Notizbuch.

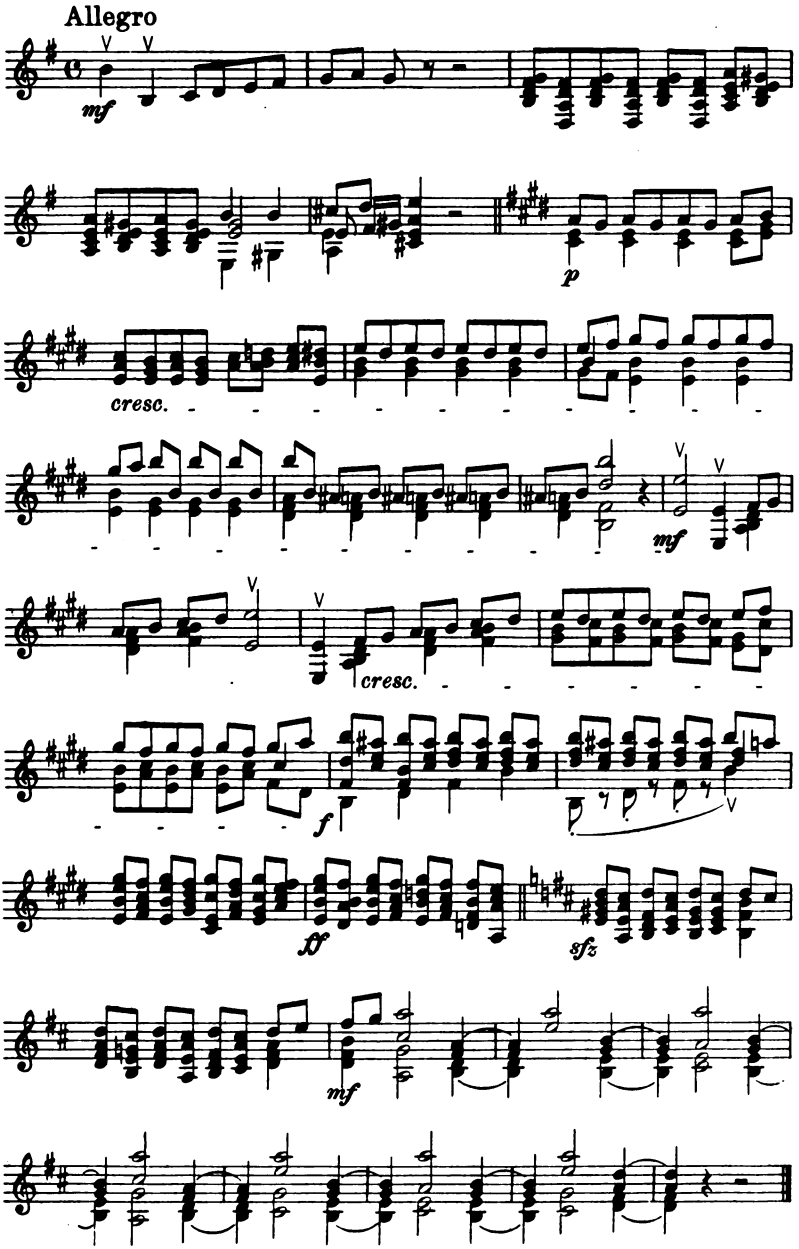
Bei einer Visite spreche ich ihn an, ich hätte von seinen Kompositionen gehört und bäte ihn nun, er möge mir doch einmal einige von seinen Werken vorlegen. Er macht Ausflüchte, er habe kein Papier, es fehle ihm an der nötigen Ruhe. Er läßt sich aber mit vielen Bitten umstimmen und verspricht, mir eine von seinen früheren Arbeiten noch einmal niederzuschreiben. Ich müsse ihm aber das Notenpapier dazu geben. Am nächsten Tage macht er sich an die Arbeit und nach 2 Wochen übergibt er sie mir. Von seinen Arbeiten sind viele in seinen Krankenakten aufbewahrt worden, doch hat sich keine Andeutung, daß er die jetzige Arbeit schon einmal geschrieben habe, finden lassen, während andere mehrere Male erscheinen.

Nach einiger Zeit bitte ich ihn um eine weitere Komposition, um noch mehr Material zu erhalten. Er nimmt das Notenpapier nur noch ungern an. Lange Zeit danach erinnere ich ihn an seine Arbeit; er lehnt ab. Um seine theoretischen Kenntnisse zu prüfen, bitte ich ihn, einmal einen vierstimmigen Satz aufzuschreiben, eine Fuge oder einen Kontrapunkt zu verfassen. Auch auf diese Bitte geht er nicht mehr ein. Er könne einfach nicht arbeiten, da er hier andauernd in seiner Ruhe gestört werde. Die anderen Patienten »pforzten« immerzu in seiner Gegenwart, um ihn zu stören. Dies sei zwar in letzter Zeit etwas seltener geworden, da die anderen eingesehen hätten, daß dabei doch nichts heraus käme, aber der preußische Innenminister habe die Fortsetzung der Störung anbefohlen. Unter solchen Umständen müsse er die Fortsetzung der Arbeiten ablehnen.

Die Konzertouvertüre ist ein zumeist einstimmig geschriebenes Stück. Sie beginnt mit einem reichlich bekannten Thema.

Digitized by Google

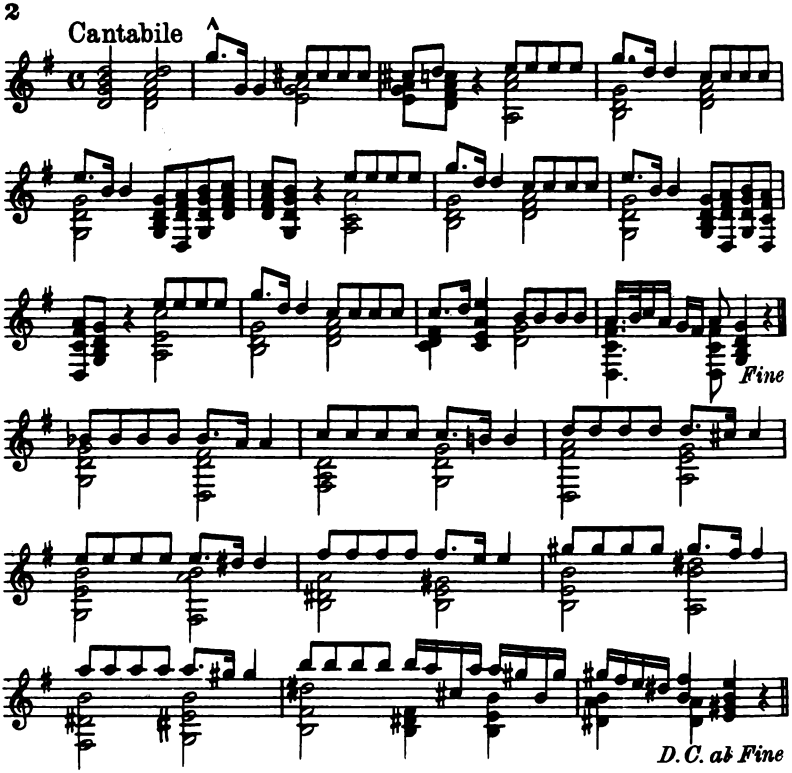
Kleines Heft



Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 96.
Zu „Fr. Polik, Kompositionen Schizophrener".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

Digitized by Google

Cantabile

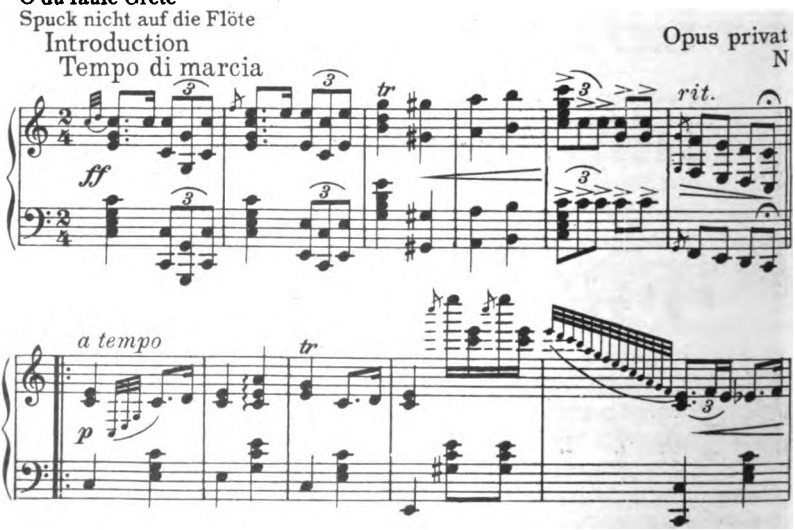


H. W. - Marsch

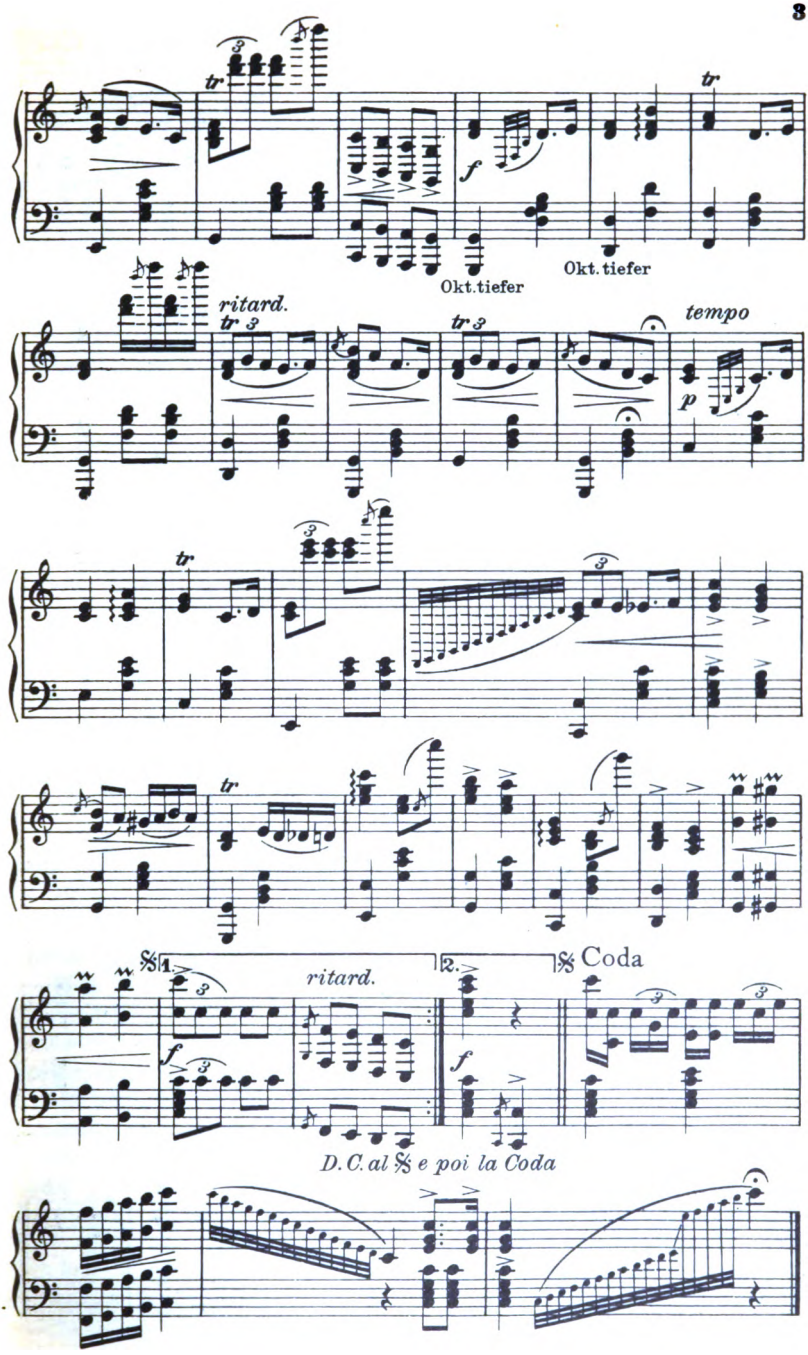
Motto:
O du faule Grete
Spuck nicht auf die Flöte

Introduction
Tempo di marcia

Opus privat
N

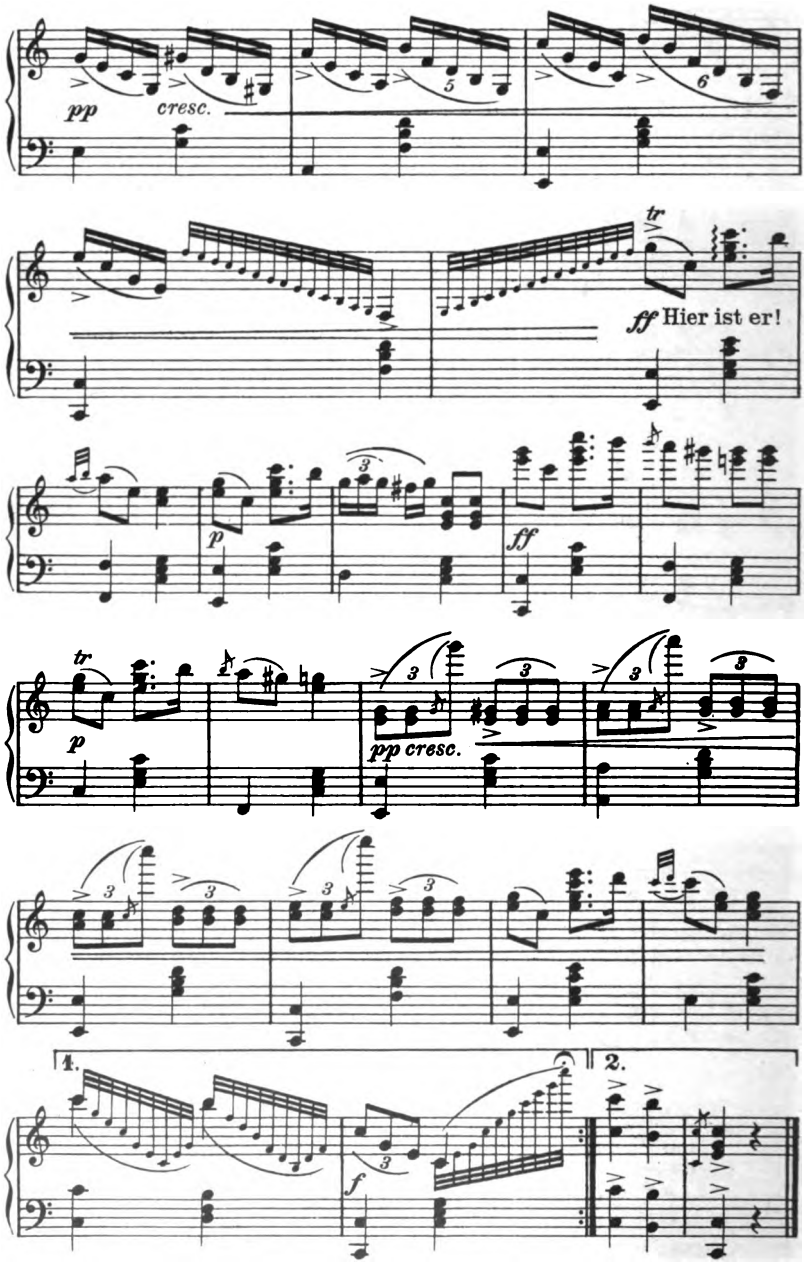


Digitized by Google



Digitized by Google

Das Erscheinen des neuen Weltbürgers



Digitized by Google

(Aus technischen Gründen konnte der Abdruck der Noten der Ouvertüre nicht erfolgen.)

In den folgenden Takten reiht sich dann Thema an Thema. Im einzelnen unterscheiden sich diese von einander nur durch die Zunahme der Notenstaben. Inhaltlich bleiben sie sich ziemlich gleich. Die Hinzunahme neuer Noten wird nicht zur Gestaltung einer Variation gebraucht; die Abstände der einzelnen Noten im ersten Thema werden nur durch Zwischennoten ausgefüllt. So wird aus einem zweigespaltenen Taktteil eine Triole, dann eine Verdoppelung der Noten durch Teilung des Wertes, dann eine Quintole und so fort, bis jede Linie und jeder Zwischenraum durch eine Note von entsprechendem Werte ausgefüllt wird.

Auch die mehrmals durchgeführten Tempowechsel ändern an dem Inhalt des thematischen Aufbaus nicht das geringste. Die oben angegebenen Einschaltungen erscheinen wieder, nur sind sie dem neuen Tempo angeglichen.

Ganz gleichmäßig wird die Arbeit aber doch nicht durchgeführt, es werden Modulationen vorgenommen. Aber auch diese Übergänge sind inhaltlos und bewegen sich innerhalb engster Grenzen. Es werden nur Tonverwandtschaften ersten Grades benutzt, und auch diese nur selten. Er bringt auch Versetzungszeichen innerhalb eines kleinen Themas, welches ab und zu vom Hauptthema abgespalten erscheint. Aber Leben kommt dadurch in keiner Weise in die Musik.

Manche Taktbildungen bleiben dem Hörer völlig unverständlich, denn die einzelnen Notenwerte sind falsch ausgezählt. Dies scheint dem Komponisten nicht aufgefallen zu sein, denn er macht an keiner Stelle auf den Taktwechsel aufmerksam. Dadurch verschwinden die einzelnen Zäsuren der Sätze, und der Aufbau wird unübersichtlich.

Es fällt immer wieder die Gedankenarmut und die an eine Perseveration erinnernde Tonfolge auf. Noch im Anfange der Komposition verlaufen die Passagen in wechselnder Richtung. Gegen den Schluß hin werden ganze Strecken hindurch Läufe in nur steigender oder in nur fallender Richtung gebraucht. Sie beginnen mit einem bestimmten Tone, und wenn eine bestimmte Höhe oder Tiefe erreicht ist, beginnen sie wieder vom gleichen Tone.

E. gibt auch bei der sonst einstimmig geschriebenen Ouvertüre eine Instrumentation an, ohne jedoch im Verlaufe des Stückes konsequent dabei zu verbleiben. Er vergißt später den angegebenen instrumentalen Aufbau und bringt dadurch technische Monstrositäten.

Gegen den Schluß hin scheint er sich noch einmal zu einem

Digitized by Google

großen Satze aufraffen zu wollen. Das Tempo wird beschleunigt, der Rhythmus gestrafft, die allgemeine Tonstärke gesteigert; aber schon nach wenigen Noten versagt die Konzeptionskraft, und eine Folge von Terz- und Quintklängen wird im Fortissimo gepaukt, um schließlich scheinbar an Erschöpfung zu versiegen.

Als Charakteristikum dieser Komposition ist besonders die Gedankenarmut festzustellen, die sich in der Einförmigkeit der Motive und ihrer katatonen Einstellung zeigt. Die Durchführung wird von Läufen und Verzierungen gebildet, ohne daß Wert auf die Zugrundelegung einer richtigen Melodie gelegt wird. Aber wenn man schon auf die Durchführung einer Melodie verzichtet, dann müßte man wenigstens eine harmonische Ausarbeitung finden, aber fast der ganze Satz ist einstimmig. Nur am Schluß bilden häufig wiederholte Klänge die einfache Harmonisierung. Der harmonische Aufbau und eine durchgeführte Instrumentation hätten eine gewisse Linienzeichnung eventuell erkennen lassen können. Es fehlt trotz der Länge der Komposition darin jeglicher verbindende Gedanke. Auch die Nachschrift dieser Komposition ist bezeichnend. Nicht der Inhalt, der zum Ausdruck gebracht werden soll, sondern die Zahl der ausführenden Musiker ist das Bestimmende bei der Arbeit. Keine Überschrift leitet auf den Sinn der Ouvertüre hin. Äußerlichkeiten werden mit besonderer Aufmerksamkeit hervorgehoben. Die Größe des Orchesters ist wichtiger wie der Inhalt des Werkes.

Die Nachschrift lautet: Die Ouvertüre stammt aus meinen ersten Anfängen im Jahre 1922. (Nach der Krankengeschichte begannen die kompositorischen Arbeiten im Jahre 1919.) Mir schwebt dabei vor, so zu komponieren, wie es etwa der Direktor eines städtischen Orchesters von einer Stadt von 10—33000 Einwohnern getan hätte (als es noch keine Jazzmusik gab). Da drei neue Ärzte da sind, ist es mir ganz angenehm, diese Ouvertüre, ihnen einmal aufschreiben zu dürfen, damit Sie wenigstens etwas Einblick in meine Tätigkeit haben. Ich besitze selbst gedrucktes Notenpapier, auch genügend anderes Papier für die Partitur von zwei ganzen Opern (Operetten). Von der einen Operette habe ich die Melodiestimmen in die Partitur vollständig eingetragen, es sind 1200 Seiten. Leider ist es mir bei der andauernden Störung, über die ich mit Ihnen sprach, nicht möglich, weiter zu komponieren... Die anderen Bemerkungen der Nachschrift beziehen sich auf seine Entlassung und sind ohne Interesse für diese Arbeit.

Das Allegro »kleines Heft« liegt in drei Abfassungen vor, die zu verschiedenen Zeiten immer wieder von E. niedergeschrieben worden sind. Einmal erscheint es als selbständige Komposition auf einem Zettel, auf dem sogar die Notenlinien

Digitized by Google

vom Patienten selbst gezeichnet worden sind. Dann hat er die Arbeit erweitert, ein Kantabile angeschlossen und schließlich noch ein Brückenlied hinzugesetzt. In der dritten erscheint es auf einem neuen Blatt, welches mit einem »Examensmodorato« beginnt. Scheinbar ist das Allegro als ein zweiter Satz eingefügt worden. Das Blatt enthält dann noch das Brückenlied, ein kurzes japanisches Stück, und endlich noch einen Sketsch. Sämtliche Abschriften sind einander fast gleich, so daß es genügt, wenn eine Arbeit besprochen wird. Das erste kleine Blatt ist bis auf einige Schreibfehler auf dem zweiten wiederholt. Dann folgt ein kleiner Allegrettosatz, der sich in der gleichen Weise bewegt. Weiterhin sind noch zwei kurze Themen angedeutet.

Der G-Dur Satz beginnt mit der Terz und führt dann einen Lauf von der Terz der tieferliegenden Oktave aus in die Höhe. Diese beiden Takte haben noch melodischen Inhalt. Die folgenden sind mit Dissonanzen vollgepfropft und trotzdem, da jede melodische Führung fehlt, völlig eintönig. Im fünften Takte ist das Thema beendet. Der Schlußakkord erfolgt in A-Dur. In E-Dur Vorzeichnung erfolgt die Fortsetzung, aber die Tonika von A-Dur wird durch die beiden ersten Takte geführt. Immer wiederholt sich a und sein Leitton gis, im zweiten Teil cis und h, und so fort in stetigen Sekundenabständen. Erst der fünfte Takt ändert die Gleichmäßigkeit, indem die Oktave dreimal wiederholt wird. Wohl erscheinen im Allegro melodische Stellen, aber zumeist herrschen die dissonanten Akkorde vor. Die Arbeit erscheint als ein katatonschwachsinniges Tongeklingel, als eine Sucht, Noten zu schreiben, über deren Bedeutung sich der Komponist selbst nicht klar ist, deren Sinn er kaum erfaßt hat.

Die Modulationen über die a-moll-Akkorde können den Eindruck nicht mehr verwischen. Es entstehen nur zufällig einige gut klingenden Takte, neue Gedanken erscheinen damit nicht. Auch wird bei einigen der Takte Melodie und Harmonisierung so zusammengezogen, daß der Wohlklang leidet.

Zieht man zum Vergleiche Beethovens Prelüde Op. 39, Nr. 2 heran, welche ebenfalls ein kleines Thema durch alle Durtonarten moduliert, so merkt man sofort den Unterschied. E. transponiert sein Thema ebenfalls durch eine Reihe von Tonarten; dabei bleibt aber die Stellung der Notenstaben im Akkorde und zueinander die gleiche. Beethoven moduliert und variiert unter Hinzuziehung stets wechselnder Harmonien und Rhythmen.

Das Kantabile enthält wieder in unregelmäßigem Satzbau ein kleines Thema, welches in den folgenden Takten immer wieder in der oben geschilderten Weise durchgeführt wird. Dieses Cantabile macht seiner Überschrift wenig Ehre, denn die Komposition erscheint mir wenig »singebar«.

Digitized by Google

Ein folgendes Allegretto ähnelt dem Allegro, ohne aber die Häufung der Akkorde zu bringen. Die Tonführungen werden hierbei immer im Abstande einer Sekunde geschrieben und dann nach zwei Takten durch einige Akkorde unterbrochen. Die Akkorde wiederholen sich regelmäßig in Tonika, Tonika auf der Quinte, Septimenakkord mit Verdoppelungen von Terz und Quint. Die Harmonisierung ist aber nur teilweise richtig; auch kann von einem Wohlklang oder einer Melodie keine Rede sein. In den letzten Takten wird schließlich auch gar kein Wert mehr auf eine geregelte Takteinleitung gelegt.

Ein Brückenlied wird so ausgearbeitet, daß stets gleichbleibende Läufe nach abwärts geführt werden. Der ganze Satz wirkt wie eine katatone zeichnerische Spielerei zwischen Notensystemen.

Das übrige in der Krankengeschichte aufbewahrte Material verdient nicht mehr den Namen »Komposition«. Es sind nur noch skizzenhafte Notenzeichnungen ohne jeglichen Zusammenhang. —

Das typische bei den Kompositionen dieser beiden Kranken liegt in der Armut melodischer Konzeption und in dem Mangel eigener Ideen. Dasjenige, was bei ihnen wirklich gut hörbar (im musikalischen Sinne) ist, entstammt anderen Komponisten. Bei beiden Kranken tritt das Musikalische gegenüber dem Streben nach der großen Phrase zurück, wie man es ähnlich in den Neologismen ihrer Sprachmanieren wiederfindet. Den Kranken wird das technisch Schwierige der Ausdruck der großen Kunst. Die Größe der Konzeption, ja die Größe des Künstlers selbst, erscheint ihnen in der Bewältigung von Virtuositäten. Unsere großen Komponisten haben für sie deshalb ihren Ruf und sind in ihrem Schaffen nachahmenswert, weil ihre Arbeiten mit Läufen und Variationen gespickt erscheinen. Beide erfassen nicht die Melodik oder die Konsequenz des Satzbaus, bei dem die Technik, Modulation oder Variation, Nebenwert ist. Für sie ist nicht die Strenge des logischen Aufbaus, die Konsequenz der Motive das Musikalische. Deshalb wird ihnen der Lauf zum Thema und an die Stelle der Melodie tritt die unmelodische Phrase. Je größer das Virtuose, desto größer erscheint ihnen das Werk. Der Lauf wird zur katatonen Bewegung und erinnert an die Perseverationen im sprachlichen und sonstigen Bewegungsablauf. Deshalb haben wir auch die meisten musischen Aufzeichnungen der Schizophrenen bestehend aus einem kleinen Motiv, aus wenigen Notenstaben, die dann in rücksichtsloser Wiederholung vorgetragen werden. Trotz ihrer Länge bleiben die besprochenen Musikstücke doch mehr oder weniger Perseverationen. Der Aufbau der einzelnen Arbeiten bleibt Äußerlichkeit. Der Kern, der Gedanke fehlt. Selbst im Musischen bleibt der Kranke schizophren.

Digitized by Google

(Aus der Heil- u. Pflegeanstalt Eglfing-Haar. [Dir. Dr. *Ast*].)

Menstruationsstörungen bei Geisteskranken.

Von

J. **Aich**, Esslingen a. N.

Die neuere psychiatrische Literatur bietet mehrere Zusammenstellungen, aus denen die Häufigkeit der menstruellen Störungen bei den einzelnen Geisteskrankheiten ersichtlich wird. Diese statistischen Ergebnisse fußen aber mit Ausnahme der Arbeit Rehms, — deren Hauptthema übrigens das Studium der Gewichtsverhältnisse bei den Psychosen bildet, — durchwegs auf Untersuchungen, die an Universitätskliniken, welche ja bekanntlich sehr viel Durchgangsmaterial aufweisen, vorgenommen wurden. Als Folge haften ihnen gewisse Einseitigkeiten an: Zum ersten erstreckt sich die Beobachtungsspanne vielfach nur über eine verhältnismäßig kurze Zeit. Wenn auch, um diese Fehlerquelle nach Möglichkeit auszuschalten, meist Sicherungen derart getroffen wurden, daß Fälle, die weniger als drei Monate in der Klinik waren, bei diesen statistischen Erhebungen außer Betracht blieben, so berechnet sich die Aufenthaltsdauer sehr vieler Patientinnen in der Klinik naturgemäß doch nur nach Monaten. Der zweite Mangel besteht in dem meist starken Überwiegen der akuten Fälle. Nach den Darlegungen der meisten Autoren lassen sich bezüglich der Periodestörungen jedoch gerade zwischen den akuten und den chronischen Fällen erhebliche Unterschiede feststellen und so gewinnt dieser Gesichtspunkt besondere Bedeutung. Es wird daher nicht uninteressant sein, die bisher veröffentlichten Ergebnisse durch Untersuchungen an dem Krankenmaterial einer Heil- und Pflegeanstalt mit vorwiegend chronischen Fällen zu ergänzen.

Die Tatsache, daß bei geisteskranken Frauen die Menstruationsblutung oft für kürzere oder längere Zeit aussetzt, wurde schon längst beobachtet. Bereits in der Frühzeit der wissenschaftlichen Psychiatrie kann man in den Werken der damaligen Autoren lange Auslassungen über dieses Thema finden. Entsprechend der Auffassung der Menstruation als einer periodischen Selbstreinigung des weiblichen Körpers von giftigen Stoffen wurde damals allgemein ein Aussetzen der Blutung nicht als Folge, sondern als Ursache der Geisteserkrankung angesehen. Was lag näher als Psychosen, die mit Amenorrhöe ein-

Digitized by Google

hergingen, mit Blutegeln und Aderlässen zu behandeln! Es seien im folgenden einige Vertreter dieser frühen Literatur angeführt. So schreibt *Friedreich*, der allerdings die Wirkung der Cessatio mensium auf die Entstehung der Geistestörung etwas anders auffaßt, in seinem 1832 erschienenen Werk »Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten« über die »Störungen im Menstrualfluß«: »Durch die unterdrückte Periode kann auf eine zweifache Weise Seelenstörung erzeugt werden: a) Es erhält die Blutströmung durch diese Unterdrückung eine andere Richtung und bedingt Blutkongestion zum Kopfe. Hier kann das Gehirn in einen zweifachen Zustand versetzt werden: nämlich leidet es, wenn die Kongestion bedeutend ist, durch Druck und es gestaltet sich eine Krankheitsform mit deprimiertem Charakter wie z. B. Blödsinn oder, wenn die Kongestion nicht so stark ist, wird eher das Gehirn in einen aufgeregten Zustand versetzt werden und sich Narrheit, Tobsucht usw. bilden. b) Der Grund der Seelenkrankheit muß im Pfortadersystem gesucht werden, welches durch Hemmung der Menstruation als einer mit ihm in Verbindung stehenden venösen Sekretion krankhaft ergriffen ist, dann bilden sich vorzugsweise die Melancholien aus.«

Der Franzose *Esquirol* schreibt 1838 in seiner Abhandlung »Über die Geisteskrankheiten«, daß nach seinen Erhebungen die Cessatio mensium an sechster Stelle unter den Ursachen, die eine Geistesstörung verursachen können, stehe. Welch geringer wissenschaftlicher Wert diesen Feststellungen zuzubilligen ist, illustriert seine anschließende Behauptung: Die Unterdrückung des Hämorrhoidalflusses habe bei den Männern die gleiche Psychose erzeugende Wirkung wie das Ausbleiben der Regel bei den Frauen.

Nach *Busch* (1839) kann Störung der Menses zu verschiedenen Monomanien führen, plötzliche Unterdrückung derselben zu Paralyse, Epilepsie u. a.

Die erste systematische Behandlung der Frage findet sich bei *Schlager*, der 1858 eine Schrift veröffentlichte unter dem Titel »Die Bedeutung des Menstruationsprozesses und seine Anomalien für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen«. Seine Auffassung über das gegenseitige Verhältnis der Geistes- und der Menstruationsstörung ist nicht ganz klar ersichtlich. Teilweise lehnt er kausale Zusammenhänge überhaupt ab, teilweise läßt er indirekt die Amenorrhöe als die Folge von allgemeinen Krankheiten auch als Ursache psychotischer Störungen gelten, teilweise spricht er von der Tobsucht als der direkten Folge der unterdrückten Menses.

Schröter (1874) ist wohl der erste, der das Aussetzen der Blutung als Symptom der Geisteskrankheit auffaßt. Nach ihm

Digitized by Google

ist das Zedieren der Menses, das bei einer Psychose auftritt, lediglich »ein Zeichen eines noch reagierenden Nervensystems«. Schröter behauptet weiterhin, daß gemäß seinen Untersuchungen die Amenorrhöe geradezu als Charakteristikum für frisch entstandene Psychosen zu betrachten sei.

Im gleichen Jahre erschien eine Arbeit *Sutherlands*, — ich folge hier dem Berichte *Jollys* — in der die menstruellen Anomalien bei geisteskranken Frauen ebenfalls lediglich als Symptom gewertet werden. Als Ergebnis seiner an 500 Patientinnen vorgenommenen Untersuchungen führt er an, daß Melancholien meist mit Amenorrhöe verliefen, daß bei progressiver Paralyse vorzeitige Menopause auftrete, während bei chronischer Paranoia keine Störung der Periode zu beobachten wäre.

Mit *Westphal* (1878) beginnt dann die Aufstellung und Entwicklung der sogenannten »Menstruationspsychosen«, eine Frage, die über das vorliegende Thema hinausgeht.

Immerhin möchte ich die sehr instruktive Arbeit *Schüles* »Über den Einfluß der sog. 'Menstruationswelle' auf den Verlauf psychischer Gehirnaffektionen«, in der eine Reihe solcher Psychosen von menstruellem Verlaufstyp aufs genaueste beschrieben wird, nicht unerwähnt lassen. Der Verfasser berichtet hier über mehrere Fälle zyklischen Irreseins, die genau zwischen zwei Blutungsterminen einen jähen Wechsel von der manischen zu der depressiven Phase aufwiesen. Noch auffälliger ist eine gleichsinnige Beobachtung bei einigen Stuporfällen, welche ebenfalls genau in der Mitte des Intermenstruums einen plötzlichen Umschlag der Stimmung, des Bewußtseins, ja der ganzen Persönlichkeit zeigten.

Nach *Arndt* (1883) tritt bei amenorrhoischen Geisteskranken die Periode oft vikariierend für Tobsuchtsanfälle wieder auf.

Interessant ist ein Untersuchungsbericht von *Petit* (1886), demzufolge unter 90 Paralytikerinnen nur 7 regelmäßig menstruiert waren.

Griesinger (1892) will aus einem regelmäßigen Blutungsverlauf prognostische Schlüsse in dem Sinne ziehen, daß der Ablauf der Geistesstörung sich mehr in die Länge ziehen werde.

In einem 1894 erschienenen Artikel: »Beziehungen zwischen Menstruationsprozeß und Psychose« versucht *Schäfer* Gesetzmäßigkeiten im Verhalten beider Störungen nachzuweisen. Er nahm zu diesem Zweck an 450 Patientinnen diesbezügliche Nachprüfungen vor und glaubte folgende Ergebnisse als sicher hinstellen zu können: Bei chronischen intellektuellen Psychosen (z. B. angeborenem Schwachsinn) ist die Periode immer regelmäßig; das gleiche gilt für akute intellektuelle und akute affektive Störungen, soweit die Affektveränderungen sich in einem

Digitized by Google

gewissen Rahmen halten. Dagegen bieten die hochgradig exaltativen, depressiven und stuporösen Formen der akuten intellektuellen Psychosen, ferner die schweren Formen der Manie und Melancholie und die »primären Stuporerkrankungen« das Symptom der Amenorrhöe. Die Blutung kehrt wieder bei Übergang in Besserung oder bei chronischem Verlauf oder beim Verfall in sekundäre Demenz. Wenn im Verlauf chronischer intellektueller Psychosen ein Aussetzen der Menses auftritt, so ist dies ein Zeichen akuter Exazerbation.

1901 kam von *Pilcz* eine Abhandlung über zyklische Psychosen heraus, in der die These, daß mit dem Auftreten neuer Phasen meist auch Amenorrhöe einherginge, für diese Erkrankung abgelehnt wird. Er prägt sogar den Satz, daß dauerndes Aussetzen der Menses bei einer Depression für eine einfache Psychose spreche, während eine regelmäßige Monatsblutung als differentialdiagnostisches Zeichen für das Vorliegen einer zyklischen Geistesstörung zu verwerten sei. Ich darf anfügen, daß Pilcz nur 9 Fälle (unter denen 8 regelmäßig waren) zur Verfügung hatte.

Sehr wichtig für das vorliegende Thema sind die nun folgenden 4 statistischen Arbeiten aus dem Jahre 1913, 1915, 1920 und 1923.

Die erste mit dem Titel »Menstruationsstörungen bei Psychosen« hat als Verfasser *Haymann*, der 450 Patientinnen der Freiburger Klinik zu seinen Untersuchungen heranzog. Er beschränkt seine Feststellungen auf amenorrhoische Störungen, da Dysmenorrhöe bei Psychosen seltener sei als bei gesunden Individuen und verspäteter bzw. verfrühter Eintritt der Menses auch bei normalen Frauen sehr häufig beobachtet werde. Unter den 450 Kranken fanden sich 206, die das Symptom der Amenorrhöe aufwiesen, wobei er unter Amenorrhöe das mindest zweimalige Ausbleiben der Regel während der Beobachtungszeit versteht. Im einzelnen sind seine Ergebnisse folgende (die selteneren Erkrankungen, die nur durch einzelne Fälle vertreten sind, lasse ich, wie auch weiter unten, unangeführt):

Diagnose	Gesamtzahl	Zahl der Pat. mit gestörter Menstr.	%
Schizophrenie	221	146	66
Epilepsie	10	4	40
Progr. Paralyse	9	6	66
Man. depr. Irresein	68	23	34
Hysterische Psychose	21	3	13
Psychopathie	13	2	15
Imbezillität u. Idiotie	36	3	8

Digitized by Google

Als Leitsatz stellt *Haymann* auf: Die Amenorrhoe kann in allen Stadien der Psychose auftreten, geht teilweise der Geisteserkrankung voraus, meist tritt sie aber erst auf, wenn die Erscheinungen der psychotischen Störung bereits einige Zeit sichtbar geworden sind. Sehr vielfach, im besonderen bei der Schizophrenie, fällt das Zedieren der Menses und Gewichtsabnahme, das Wiederauftreten der Menstruation und Gewichtszunahme zusammen. Erneutes Auftreten der Regel ist prognostisch gleichwertig dem Ansteigen der Gewichtskurve.

Haymann betont, daß ihm in der großen Mehrzahl nur akute Fälle zur Verfügung standen, und hält es für nötig, das Material einer Pflegeanstalt, die mehr chronische Fälle aufweist, statistisch zu verarbeiten.

Jolly (1915) stellte seine Untersuchungen an der Klinik zu Halle an und berichtet über 290 Fälle, die ebenfalls in weitaus überwiegender Anzahl akuter Natur waren. Seine Ergebnisse gliedern sich folgend:

Diagnose	Gesamtzahl	Zahl der Pat. mit gestörter Menstr.	%
Schizophrenie	144	68	47
Epilepsie	13	0	0
Progr. Paralyse	15	9	60
Man. depr. Irresein	46	20	43
Hysterische Psychosen	14	1	7
Imbezillität u. Idiotie	11	0	0

Die 3. Statistik findet sich in der Arbeit *Rehms* (1920) »Über Körpergewicht und Menstruation bei akuten und chronischen Psychosen«. 290 Fälle wurden erfaßt. *R.* stellt folgendes fest: Gänzliche oder zeitweilige Amenorrhoe beschränkt sich 1. auf organische Gehirnerkrankungen wie progressive Paralyse und Epilepsie, 2. auf Geisteserkrankungen, die wahrscheinlich eine organische Grundlage haben, wie die Schizophrenie, 3. auf funktionelle Psychosen (manisch-depressives Irresein und Hysterie). Bei den Zyklikern soll Amenorrhoe häufig im Wellental der Gewichtskurve auftreten. *Rehm* behauptet weiterhin, daß bei chronischen Zustandsbildern der Schizophrenie das Aussetzen der Regel häufiger, aber von kürzerer Dauer sei als bei chronischen Zuständen der Manisch-Depressiven, die seltener aber länger mit der Blutung aussetzen. Eine prognostische Beurteilung der Erkrankung nach dem Fehlen oder Nichtfehlen der Menses sei nicht statthaft. Der Wiedereintritt der Menstruation sei bei akuten Zuständen als günstig zu bewerten, aber nur »in-

Digitized by Google

soweit, als damit eine günstige Lösung eines zeitlich begrenzten psychotischen Zustandes gemeint ist.« Seine statistischen Ergebnisse sind:

Diagnose	Gesamtzahl	Zahl der Pat. mit gestörter Menstr.	%
Schizophrenie	151	74	49
Epilepsie	11	1	9
Progr. Paralyse	14	9	64
Man.-depr. Irresein	42	15	36
Psychopathie	8	1	12
Hysterische Psychosen	36	7	19
Imbezillität u. Idiotie	11	0	0

Die neueste Zusammenstellung stammt von *Hanse*, der an der Klinik in Kiel 430 Fälle beobachtete. *Hanse* stellte sich dabei folgende Fragen: 1. Trat die Amenorrhöe vor Ausbruch der Psychose oder erst in deren Verlauf auf? 2. Besserte sich mit Wiedereinsetzen der Menses auch die Geisteskrankheit oder wandte sie sich zu chronischem Verlauf? 3. War bei regelmäßiger Periode ein günstigerer Ausgang der Psychose oder eine Wendung nach der chronischen Seite hin feststellbar? Er kam zu folgenden Antworten: 1. Meist tritt die Amenorrhöe kurz nach der Erkrankung auf, besonders dann, wenn affektive Spannungen vorhanden sind. 2. Das Unwohlsein kann wieder regelmäßig werden, sowohl nach Besserung der Krankheit als auch beim Übergleiten in das chronische Zustandsbild. 3. Die Menstruation bleibt regelmäßig in Fällen, die eine baldige Wendung zur Besserung aufweisen, wie auch bei chronischem Verlauf. Nach Diagnosen geordnet gliedert sich seine Statistik folgendermaßen:

Diagnose	Gesamtzahl	Zahl der Pat. mit gestörter Menstr.	%
Schizophrenie	150	90	60
Epilepsie	15	6	40
Progr. Paralyse	7	7	100
Man.-depr. Irresein	104	60	58
Psychopathie	20	8	40
Hysterische Psychosen	63	6	9
Imbezillität u. Idiotie	18	3	16

Bevor ich zu meinen eigenen Untersuchungsergebnissen übergehe, möchte ich die Literaturberichte noch ergänzen. In seinem Lehrbuch (in der Ausgabe von 1924) lehnt *Bumke* die Cessatio mensium als differentialdiagnostisch brauchbares Mittel

Digitized by Google

gänzlich ab. Er stellt fest, daß das Wiederauftreten der Regel oft im Gegensatze zum Verhalten der Gewichtskurve stehe und sich häufig erst nach vollkommener Besserung der psychotischen Symptome wieder einfinde. Im Höchstfall sei zuzugeben, daß das Aussetzen der Menstruation als Gradmesser für die Schwere der Erkrankung zu verwerten sei, ohne aber irgendwelche besondere Schlußfolgerungen zuzulassen.

J. Lange schreibt in dem mit *Kraepelin* gemeinsam verfaßten Lehrbuch (1927): »Aussetzen der Menses beobachten wir oft bei zirkulären Depressionszuständen, noch häufiger während der Entwicklung der Schizophrenie. Sie pflegen dann mit der Besserung des Zustandes oder aber mit dem Eintritt endgültiger Verblödung wiederzukehren. Das Ausbleiben der Menses dürfte wohl kaum eine ursächliche Bedeutung haben, sondern eher als eine Begleiterscheinung des Krankheitsvorganges aufzufassen sein.«

In seinem »Lehrbuch der Psychiatrie« (1930) führt *Bleuler* aus: »Die Menstruation setzt bei akuten Psychosen häufig eine Zeit lang aus. Bei chronischen Krankheiten sind wenigstens subjektive Menstruationsstörungen ungemein selten, sobald die Patientinnen sich nicht um den Vorgang kümmern, also namentlich bei der Schizophrenie; Debile, denen solche Dinge umgekehrt eine sehr wichtige Sache sind, haben dagegen oft menstruelle Klagen.«

Als neuestes Werk der einschlägigen Literatur ist das Buch *Aschners* »Klinik und Behandlung der Menstruationsstörungen« (1931) anzuführen. Der Verfasser berichtet, daß unter 10000 gynäkologischen Patientinnen 325 Fälle mit psychischen Störungen zur Beobachtung kamen, wovon 184 A- bzw. Hypomenorrhöe aufwiesen. (Umgekehrt fanden sich unter 1500 Frauen mit zu seltener oder zu spärlicher Menstruation 184 Patientinnen mit psychischer Alteration, darunter 63 schwere Fälle.) Umstürzend sind die Erklärungsversuche *Aschners*. Seiner Auffassung nach ist nicht mehr die Psychose das primäre Leiden sondern die gestörte Menstruation! Die Auffassung: Durch die Psychose leidet die Ernährung und der Stoffwechsel des Nervensystems, wodurch sekundär die Amenorrhöe ausgelöst wird, lehnt er ab. Es sei vielmehr umgekehrt: Das Ausbleiben der Regel habe über den Weg des gestörten Stoffwechsels nach Art einer Intoxikation die psychotische Störung zur Folge. Er berichtet über eine Reihe von Fällen aus den verschiedensten Psychosegruppen, die alle durch Behandlung der Menstruationsstörung geheilt oder doch weitgehend gebessert worden seien. Nach *Aschner* hat das psychiatrische Heilverfahren in der Anwendung von Emmenagoga, Abführmitteln, Aderlässen, Hydrotherapie u. ä. zu bestehen.

Digitized by Google

Ich möchte nun zu den Untersuchungen über die Menstruationsverhältnisse übergehen, die ich am Krankenmaterial der Oberbayerischen Kreis- Heil- und Pflegeanstalt Eglfing vorgenommen habe. Aus äußeren Gründen wählte ich als Beobachtungsspanne die Zeit vom 1. Oktober 1927 bis zum 1. Oktober 1931, so daß alle Regelstörungen, die während dieses Zeitraums festgestellt wurden, zur Aufzeichnung kamen. Bevor ich auf Einzelheiten eingehe, möchte ich bemerken, daß ich mich dem Beispiele der angeführten Statistiken folgend lediglich auf die Feststellung amenorrhoischer Störungen beschränke, da sich anderweitige Unregelmäßigkeiten der Periode bei Geisteskranken aus durchsichtigen Gründen nicht ohne erhebliche Fehlerquellen feststellen lassen. Die Dysmenorrhöe z. B. kann bei der Unzugänglichkeit vieler Kranker, bei ihrer oft großen Indolenz und bei dem häufig sehr fraglichen Wert ihrer subjektiven Angaben statistisch niemals fehlerfrei erfaßt werden. Auch über die Stärke der Blutung lassen sich wohl kaum beweisende Unterlagen schaffen, da die motorisch erregten Patientinnen nach der hier geübten Anstaltspraxis meist keine Binden tragen. Lediglich der zeitliche Ablauf der Menses kann einwandfrei festgestellt werden. Zu diesem Zwecke wird an der genannten Anstalt über jede Patientin eine besondere Liste geführt, in die das Pflegepersonal den jeweiligen Termin des Unwohlseins einträgt. (Die Dauer der Blutung wird nicht aufgezeichnet, so daß über diese Frage keine Erhebungen möglich waren.) Störungen in der Zeitfolge der Blutungen fand ich nur in einem sehr geringen Verhältnissatz; eine kritische Verwertung dieser Befunde ist, ganz abgesehen von den Fällen, bei denen gynäkologische Ursachen zu ermitteln waren, nicht möglich, da die Menstruationsdaten wöchentlich nur 1 mal, also sehr häufig nicht am ersten Tage des Blutungsbeginns eingetragen werden, und sich so eine zeitliche Verschiebung der Daten herausbilden kann. Wenn ich im folgenden von Störungen spreche, meine ich also stets Amenorrhöe. Als Normaljahr für die Pubertät nahm ich mit *Hanse* das 16. und für den Beginn des Klimakteriums das 47. Lebensjahr an. Fälle, bei denen innerhalb der Beobachtungszeit die Regel nur 1 mal ausgeblieben war, kamen nicht zur Aufzeichnung. Als Störung wurde das mindest zweimalige Ausbleiben der Periode für 1 Monat oder das einmalige Ausbleiben während zweier Monate verlangt. Patientinnen, die weniger als $^1/_4$ Jahr in der Anstalt waren, blieben ebenfalls unberücksichtigt. Weiterhin wurden bei allen Kranken, die Störungen aufwiesen, die Eintragungen in der Krankengeschichte geprüft und sämtliche Fälle, bei denen andere Möglichkeiten als die Psychose in Frage kamen, von der Statistik ausgeschlossen. So wurde vor allem nach gynäkologischen Be-

Digitized by Google

funden und Allgemeinerkrankungen (Phthise, Nephritis usw.) gefahndet. Auch Frauen, die kurz vor Eintritt in die Anstalt schwanger waren, wurden nicht miteinbezogen. Sofern psychische Erregung, plötzlicher Ortswechsel, ungewohnte Ernährungsverhältnisse u. ä. als auslösende Ursache der Amenorrhöe in Frage kommen, kann natürlich keine scharfe Grenze gezogen werden; doch ist zu beachten, daß das Aussetzen der Periode, das durch diese Faktoren bewirkt wird, meist von nur kurzer Dauer ist. Die »Kriegs-Amenorrhöe«, die nach Ansicht der meisten Autoren durch schlechte Ernährung und ungewohnte schwere körperliche Arbeit ausgelöst wird, kommt bei unseren Fällen aus dem Jahre 1927 bis 1931 als konkurrierende Ursache nicht in Frage.

Die Anstalt beherbergte am 1. Oktober 1931 im ganzen 738 weibliche Kranke. Von diesen mußten aus den obenangeführten Gründen 306 ausgeschieden werden, so daß die zur Statistik verwendeten Anzahl der Patientinnen sich auf 432 ermäßigt. Davon wiesen 206 Kranke d. i. 47% Störungen auf.

Im einzelnen bietet sich folgendes Bild:

Gruppe der »psychischen Prozesse«:

Schizophrene waren es im ganzen 317, von denen 155 = 49% Unregelmäßigkeiten boten. Ich verzichtete darauf die einzelnen Unterformen der Dementia praecox getrennt darzustellen, da bei längerem Aufenthalt sich oft Übergangsbilder bieten, so daß eine spezielle Diagnose der einzelnen Unterart häufig nicht gestellt werden kann. Lediglich die paranoide Form, die sich am ehesten unverändert erhält, griff ich gesondert heraus und fand unter 16 Fällen 8 Gestörte.

Epileptikerinnen fanden sich 25 in der Anstalt, darunter waren 4 Gestörte = 14%.

Gruppe der Psychosen mit organischen Veränderungen:

Die progressive Paralyse war mit 15 Kranken vertreten; davon waren 12 d. h. 80% unregelmäßig. Zu dieser Gruppe gehört noch ein Fall von multipler Sklerose ohne Störung, eine Schizophrene mit Lues cerebri = gestört; eine Diagnose lautete auf Gehirntumor ohne Besonderheiten der Menstruation. Die 6 Postenzephalitikerinnen teilten sich in 4 regelmäßige und 2 gestörte Fälle.

Gruppe der funktionellen Psychosen:

Die Diagnose manisch-depressives Irresein wurde 12mal gestellt, worunter sich 9 unregelmäßige fanden. Bei 2 Fällen von psychogener Depression fanden sich bei 1 Patientin Störungen, ebenso wies eine Imbezille mit reaktiver Depression Unregelmäßigkeiten auf.

Digitized by Google

Psychopathinnen waren es im ganzen 21; 10 von ihnen boten Anomalien. Dagegen war unter 7 Hysterikerinnen lediglich eine gestört.

Gruppe des primären Schwachsinns:

Eine Kretine menstruierte normal, unter 3 Idiotinnen war 1 unregelmäßig und unter 16 Imbezillen 5.

Seltene Fälle: Eine Imbezille mit angeborener Lues hatte Störungen, während eine Alkoholikerin keine Besonderheiten aufwies.

Zur Ergänzung dieser Zusammenstellung möchte ich noch anführen, daß unter 432 Patientinnen 390 über 1 Jahr sich in der Anstalt befanden. Die während des letzten Jahres zugegangenen Frauen sondern sich in 33 Schizophrene (darunter 12 mit Störungen), 2 Paralytikerinnen, 2 Epileptikerinnen, 2 Psychopathinnen, 1 Hysterikerin, 1 Imbezille und 1 Postenzephalitikerin, die sämtlich während ihres Aufenthalts in der Anstalt regelmäßig menstruiert waren. Weitaus der größte Teil stand also über 1 Jahr zur Beobachtung, wodurch eine wichtige Fehlerquelle, eine zu kurze Beobachtungszeit, ausgeschaltet wird, ohne daß sich das Gesamtbild nach Abzug dieser frisch zugegangenen Fälle merklich ändert.

Übersichtlich zusammengefaßt fanden sich in Eglfing also folgende Ergebnisse:

Diagnose	Gesamtzahl	Zahl der Pat. mit gestörter Menstr.	%
Schizophrenie	317	155	49
Epilepsie	25	4	16
Progr. Paralyse	15	12	80
Man.-depr. Irresein	12	9	75
Psychopathie	21	10	48
Hysterische Psychosen	7	1	14
Imbezillität u. Idiotie	20	6	30

Da die angeführten Erhebungen im wesentlichen alle unter den gleichen Gesichtspunkten und mit denselben Einschränkungen vorgenommen wurden, halte ich es für angängig, einen Gesamtdurchschnitt zu errechnen. Zählen wir also die Schizophreniefälle sämtlicher 5 Statistiken zusammen, so erhalten wir im ganzen 983, unter denen sich 533 Patientinnen mit Störungen befinden, was einen Prozentsatz von 54 bedeutet.

Eine Zusammenstellung nach Diagnosen zeigt folgendes Bild:

Digitized by Google

Diagnose	Gesamtzahl	Zahl der Pat. mit gestörter Menstr.	%
Schizophrenie	983	533	54
Epilepsie	74	14	19
Progr. Paralyse	60	43	72
Man.-depr. Irresein	272	127	47
Psychopathie	62	21	34
Hysterische Psychosen	141	18	13
Imbezillität u. Idiotie	95	12	13

Ich stelle nun zu Vergleichszwecken in der folgenden Tabelle nochmals die Ergebnisse der einzelnen Untersucher zusammen, wobei die Ziffern die Prozentzahl der Störungen ausdrücken, und füge in der letzten Rubrik die eben ermittelten Verhältnissätze der summierten Fälle an.

Diagnose	Haymann %	Jolly %	Rehm %	Hanse %	Verfasser %	Gesamtdurchschnitt %
Schizophrenie	66	47	49	60	49	54
Epilepsie	40	0	9	40	14	19
Progr. Paralyse	66	60	64	100	80	72
Man.-depr. Irresein	34	43	36	58	75	47
Psychopathie	15	—	12	40	48	34
Hysterische Psychosen	13	7	19	9	14	13
Imbezillität u. Idiotie	8	0	0	16	31	13

Eine weitgehende Übereinstimmung meiner Ergebnisse mit denen der einzelnen Autoren sowohl wie auch mit dem Gesamtdurchschnitt zeigt sich vor allem bei der Schizophrenie die zu $^1/_2$, bei der progr. Paralyse die zu $^3/_4$ und bei der Hysterie die zu rund $^1/_7$ aller Fälle Störungen aufweisen. Große Annäherung an den ermittelten Gesamtdurchschnitt erreichen meine Werte auch bei der Epilepsie, die zu rund $^1/_5$ aller Fälle Unregelmäßigkeiten bietet, wenngleich die Prozentzahlen der einzelnen Statistiken wohl infolge der geringen Zahl der den verschiedenen Untersuchern zur Verfügung stehenden Fälle (sie schwankt zwischen 10 und 15; in Eglfing waren es 25 Epileptikerinnen) erhebliche Abweichungen zeigen. Bei den Psychopathinnen, Imbezillen und vor allem bei den Manisch-Depressiven fand ich einen höheren Prozentsatz Gestörter. Obschon bei den relativ kleinen Zahlen, auf die ich mich hier berufen kann (21 Psychopathinnen, 20 Imbezille und 12 Zyklische), diesen Abweichungen keine große Beweiskraft zugesprochen werden kann, ist es immerhin interessant, daß von den Imbezillen jede dritte, von den Psychopathinnen jede zweite und von den Manisch-Depressiven sogar $^3/_4$ aller Fälle

Digitized by Google

Störungen boten und ich glaube, daß sich — die Möglichkeit genügend langer Beobachtung vorausgesetzt — bei diesen Geisteserkrankungen doch ein höherer Verhältnissatz von Menstruationsstörungen ergibt, als die bisherigen Untersuchungen erscheinen lassen.

Durchgehend wurde auch der Verlauf der Gewichtskurve mit den Verhältnissen der Periode verglichen. Mit Ausnahme der Manisch-Depressiven, bei denen die Amenorrhöe und das Wellental der Gewichtslinie häufig zusammenfielen, konnte ich jedoch keinen irgendwie gearteten Zusammenhang erkennen. Teils fiel das Gewicht während einer amenorrhoischen Phase ab, teils änderte es sich aber nicht und in nicht wenig Fällen stieg es sogar an. Ich konnte auch niemals einen gesetzmäßigen Einfluß der Regelstörung auf den Ablauf der Psychose, wieder mit Ausnahme der manisch-depressiv Erkrankten, erkennen. Es ließ sich natürlich nicht selten beobachten, daß zur Zeit des Aussetzens der Menses die Patientinnen sehr unruhig und hochgradig erregt waren, noch häufiger aber ließ sich keine Änderung im Psychoseablauf feststellen.

Näher auf die Hypothesen, die den kausalen Zusammenhang zwischen der Geistes- und der Menstruationsstörung ersichtlich machen wollen, einzugehen, halte ich für zwecklos, da hierfür noch keine kritisch einwandfreien Unterlagen vorhanden sind. Die aufgestellten Theorien — abgesehen von der Auffassung *Aschners*, der die Geisteskrankheit als eine Autointoxikationserscheinung betrachtet, hervorgerufen durch die Amenorrhöe bzw. der durch sie bewirkten Retention giftiger Stoffe — bewegen sich in 2 Richtungen: Entweder man läßt von dem Gedanken *Hegars* ausgehend die Psychose und die Menstruation gleichmäßig abhängig sein von der durch ein biologisches Gesetz dem weiblichen Organismus bzw. Zentralnervensystem vorgeschriebenen »periodischen Erregbarkeitsschwankung« (wobei allerdings nur ein Teil der Psychosen, nämlich die mit menstruellem Verlaufstyp in die Erklärung einbezogen werden) oder man sucht wie z. B. *Landau* die Ursache des Aussetzens der Regel in der Schädigung und Zerstörung gewisser trophischer Gehirnzentren durch den psychotischen Prozeß. Diese sollen im Zwischenhirn und abwärts von diesem im ganzen Hirnstamm bis zum Rückenmark herunter vorkommen. Diese Hypothese kann nur den Teil der Psychosen, die irgendwie eine organische Veränderung im Gefolge haben, erklären. Es scheint, daß vor allem die Forschung auf endokrinem Gebiet uns neue Erkenntnisse zu vermitteln berufen ist. In den besonders gelagerten Fällen von Menstruationsanomalien bei nachweisbarer Schädigung der Hypophyse bzw. ihrer hormonalen Sekretion z. B. können wir heute

Digitized by Google

schon die auftretende Amenorrhöe in ihrem Wesen und ihrer Entstehung besser verstehen. Nachdem die moderne Forschung ganze Psychosegruppen mit Störungen der inneren Sekretion in engen Zusammenhang bringt (vgl. *Bumke* »Lehrbuch der Geisteskrankheiten« 1929 S. 3) und auch bei den sog. funktionellen Psychosen bereits Stoffwechseländerungen mit veränderter endokriner Sekretion nachweisbar sind, dürfen wir wohl die berechtigte Hoffnung hegen, daß von dieser Seite her eine befriedigende ätiologische Klärung der Frage gefunden wird.

Literatur.

Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie, 1883.
Aschner, Klinik und Behandlung der Menstruationsstörungen, 1931.
Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, 1930.
Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1924 und 1929.
Busch, Das Geschlechtsleben des Weibes, 1839.
Esquirol, Des maladies mentales, 1838.
Ewald, Die Generationspsychosen des Weibes (Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgegeben von *Bumke* 1928, 7. Bd., 3. Teil).
Friedreich, Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten, 1832.
Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1892.
Hanse, Über Amenorrhöe bei Nerven- und Geisteskrankheiten und ihre Behebung mit Menolysin (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1923 Bd. 68).
Haymann, Menstruationsstörungen bei Psychosen (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1913 Bd. 15, Orginalien).
Hegar, Zur Frage der sogen. Menstruationspsychosen (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. 58).
Jolly, Menstruation und Psychose (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1915, Bd. 55).
Lange-Kraepelin, Psychiatrie, 1927.
Landau, Amenorrhöe und Gynäkologie (Berliner klinische Wochenschrift 1912).
Petit, Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation, 1886.
Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen, 1901.
Rehm, Über Körpergewicht und Menstruation bei akuten und chronischen Psychosen (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1920, Bd. 61).
Schäfer, Beziehungen zwischen Menstruationsprozeß und Psychose (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychiatrisch-gerichtliche Medizin, 1894).
Schlager, Die Bedeutung des Menstruationsprozesses und seiner Anomalien für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen, 1858.

Digitized by Google

Schröter, Die Menstruation und ihre Beziehungen zu den Psychosen (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1874).

Schüle, Über den Einfluß der sog. »Menstruationswelle« auf den Verlauf psychischer Gehirnaffektionen (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychiatrisch-gerichtliche Medizin, 1891, Bd. 47).

Westphal, Eine mit merkwürdiger Beziehung zur Menstruation verlaufene Geistesstörung, Berlin 1878.

Digitized by Google

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Tapiau. Direktor: Dr. *Krakow.*)

Entwicklungsstand der Tapiauer Familienpflege.

Von

Oberarzt Dr. **Knab.**

Hinsichtlich der Entwicklung der Tapiauer Familienpflege ist die Tatsache auffallend, daß die 1902 gegründete Pflegeanstalt Tapiau erst ab 1907 an die Schaffung einer Familienpflege heranging. Den Anstoß gab eine Anregung des damaligen Landeshauptmanns *v. Brandt,* welcher den Direktor der Anstalt, Rittmeister a. D. *Paul Voigt* zu einer gemeinsamen Besichtigung der Familienpflege bei den westpreußischen Anstalten Conradstein, Neustadt und Schwetz aufforderte. Die Anstalt Conradstein hatte eine für damalige Verhältnisse bereits recht entwickelte Familienpflege von etwa 100 Kranken, welche in der benachbarten Stadt Pr. Stargard, bei Pflegern der Anstalt und im Nachbardorfe Saaben untergebracht waren. Dieses angesichts der bei den anderen ostpreußischen Anstalten (Allenberg, Kortau und Rastenburg) bereits seit mehreren Jahrzehnten eingerichteten Familienpflege um so auffallendere Zurückbleiben Tapiaus hatte, soweit die Anstalt dabei in Frage kam, seine Gründe in folgender Sachlage: 1. War der Direktor der Anstalt aus der Korrektionsanstaltskarrière gekommen und hatte von dieser Tätigkeit eine geistige Einstellung mitgebracht, welche ihn den freieren Methoden der Geisteskrankenbehandlung skeptisch gegenüberstehen ließ, 2. führte der menschlich begreifliche Ressortegoismus der beiden ostpreußischen Heilanstalten Allenberg und Kortau, welche ihr stationäres Material nach Tapiau überwiesen, zu dem unerfreulichen Ergebnis, daß sich neben körperlich Kranken und Siechen zahlreiche Unruhig-erregte und sonstige Anstaltsartefakte in der neugegründeten Pflegeanstalt häuften, so daß die Anstalt kaum in der Lage war, für ihren eigenen Betrieb die erforderlichen Arbeitskräfte unter dem Krankenmaterial ausfindig zu machen. Nach Deckung dieses Bedarfs blieben natürlich wenig Kranke übrig, die den Gedanken, eine Familienpflege zu gründen, nahegelegt hätten. Trotz dieser

Digitized by Google

Schwierigkeiten wurde im Anschluß an die Besichtigung der westpreußischen Familienpflegen 1907 beschlossen, auch in Tapiau eine Familienpflege einzurichten. Es wurde ein Vertragsmuster entworfen, welches sich im allgemeinen die aus Gheel übernommenen Uchtspringer Familienpflegebestimmungen als Vorbild nahm. Dieses Formular enthielt alle für Anstalt und Pflegefamilie maßgebenden Gesichtspunkte und war von dem Vorstand der Pflegefamilie und vom Anstaltsdirektor zu unterzeichnen. Die Anstalt lieferte Garderobe und Leibwäsche und sorgte für Schuhreparatur. Was sonst zum Unterhalt eines Geisteskranken in der Pflegefamilie erforderlich war (Bettwäsche, Zimmerausstattung, Instandhalten der Garderobe und der Leibwäsche), mußte durch die Pflegefamilie selbst geleistet werden. Die Frage, ob die Anstalt einen Pflegesatz gewähren solle, oder ob umgekehrt die Pflegefamilie zugunsten des Pfleglings neben der freien Beköstigung noch eine Geldentschädigung an die Anstalt zu leisten habe, blieb zunächst für den einzelnen Fall offen und sollte von der Qualität der Arbeitsleistung des Pfleglings abhängig gemacht werden. Es wurde je ein Arzt von jeder Geschlechtsseite mit der Einrichtung der Familienpflege betraut. Beide Anstaltsärzte nahmen Fühlung mit den umliegenden Ortschaften und taten sich auch in den Kreisen der verheirateten Pfleger und der in Tapiau ansässigen Bevölkerung um. Sie kamen in vielmonatlichen Bemühungen zu dem wenig ermutigenden Ergebnis, daß die verfügbaren Stellen sehr primitiv und wenig sauber seien und daß es den präsumptiven Pflegeeltern weniger auf Geldentschädigung als vielmehr auf die Arbeitsleistung der Kranken ankomme, woraus sie den Schluß zogen, daß die Ausnutzung der Arbeitskraft der Kranken der treibende Gesichtspunkt für die Bereitschaft sei, Kranke in Pflege zu nehmen. Bei der Vergleichung mit den Verhältnissen in Gheel und Gardelegen, welche beide Pflegen der damalige Anstaltsarzt Dr. *Krakow* als Arzt für die weibliche Familienpflege aus informatorischen Gründen besucht hatte, schnitten die Verhältnisse, welche die Bemühungen um Pflegestellen in Tapiau und Umgegend zutage förderten, sehr schlecht ab. Trotzdem beharrte die Anstaltsleitung bei dem Grundsatze, zunächst ein zwar harmloses, in den täglichen Verrichtungen selbständiges, aber vermindert arbeitsfähiges Krankenmaterial in Pflege zu geben, welches listenmäßig unter den Insassen der Anstalt gesammelt wurde, aus der Erwägung heraus, daß die eigentlichen Arbeitskräfte in der Anstalt selbst gebraucht würden und der Sinn der Familienpflege darin liege, daß nicht Arbeitsleistung, sondern die Pflegebedürftigkeit der Kranken im weitesten Sinne der eigentliche Gegenstand der Familienpflege sei.

Digitized by Google

Dieser erste Anlauf zur Schaffung einer Familienpflege scheiterte schließlich an der Tatsache, daß sich für anstaltspflegebedürftige, wenig oder nichts leistende Geisteskranke keine geeigneten Stellen fanden. Die Anstaltsleitung fand sich deshalb zunächst mit der Feststellung ab, daß Örtlichkeit und Bevölkerung für die Entwicklung einer Familienpflege wenig geeignet sei. $1^1/_2$ Jahre später wurde der Familienpflegegedanke erneut aufgegriffen und in der Ärztekonferenz vom 15. 5. 09 der Beschluß gefaßt, auf Grund der schlechten Erfahrungen mit nichtarbeitenden Kranken nunmehr Kranke nach Art der »Außenarbeiter« in Familienpflege zu geben. Die im Vertragsformular enthaltenen Satzungen der Familienpflege wurden in einigen Punkten umgestaltet. So sollten nicht mehr als 3 Kranke in eine Familie gegeben werden. Außer Medikamenten sollten die Kranken, da es sich bei der Nachfrage hauptsächlich um männliche Arbeitskräfte handelte, aus Anstaltsmitteln auch Zigarren und Rauchtabak geliefert erhalten. Als Entschädigung für die Pflegefamilie wurden außer der Arbeitsleistung der Pfleglinge 6 M. für den Monat und den Kopf festgesetzt. Die ersten Kranken, zwei arbeitende Männer, wurden in dem Dorfe Grünhayn, welches 8 km von der Anstalt entfernt liegt, bei einem Briefträger, gleichzeitig Besitzer eines kleinen Landgrundstücks, untergebracht. Die Kontrollbesuche von Arzt und Oberpfleger erfolgten unter Benutzung eines Fahrrades oder des Anstaltsfuhrwerks, soweit sie nicht zu Fuß erledigt wurden. Angebote von Pflegestellen liefen zunächst recht spärlich ein. Außerdem waren die angebotenen Stellen in der Umgebung weithin zerstreut. Von den geprüften Stellen erwies sich die größte Zahl als ungeeignet. Zum Teil wurde als Schlafgelegenheit ein Nebenraum oder ein Verschlag im Viehstall angeboten. Am 1. 1. 1911 befanden sich auf 2 Pflegestellen 4 männliche Kranke. 2 weitere geisteskranke Männer waren von einer dritten Pflegestelle entwichen. Von diesen konnte der eine als gebessert nach Hause entlassen werden, während der zweite, ein chronischer Alkoholiker, nach $2^1/_2$ monatlichem Herumvagabundieren in seiner Pflegestelle sich wieder einfand und in die Anstalt zurückgenommen werden mußte. Anläßlich einer Umfrage, welche die Anstalt Uchtspringe 1911 zwecks einer für die Hygieneausstellung in Dresden benötigten Statistik veranstaltete, erstattete der Familienpflegearzt unter dem 4. 3. einen kritischen Bericht mit der Bemerkung, es sei bisher in der Hauptsache nur möglich gewesen, für fleißig arbeitende männliche Kranke Pflegestellen ausfindig zu machen. Zur Aufnahme harmloser, verblödeter Kranker sei die Bevölkerung des Bezirkes nicht geneigt. Eine größere Anzahl arbeitender Geisteskranker in Familienpflege zu geben, erscheine

Digitized by Google

unvorteilhaft, da deren Leistungen in der Anstalt selbst gebraucht würden. Trotzdem gelang es den rastlosen und zähen Bemühungen des Familienpflegearztes vom Jahre 1911 ab in langsam ansteigender Quote wenig arbeitende, pflegebedürftige geisteskranke Frauen in geeignete Pflegestellen zu bringen. Doch blieben die Stellen in der Umgebung Tapiaus weithin zerstreut. Die Pflegesätze wurden nach Qualität und Leistung der Kranken stark individualisiert bis zu einem Höchstbetrag von 25 M. im Monat für den einzelnen Pflegling. Kurz vor Ausbruch des Weltkrieges (1. 4. 1914) hatte die Familienpflege der Anstalt soweit typischen Pflegecharakter gewonnen, daß die überwiegende Anzahl der Kranken wenig leistende, pflegebedürftige Pfleglinge waren. Der Aufstieg war in erster Linie der Tatsache zu danken, daß es nunmehr endlich gelungen war, die Familienpflege in den Kreisen der verheirateten Pfleger, welche dicht bei der Anstalt ihre Kolonie haben, einzubürgern. Diese erste Familienpflegeperiode hatte im Jahre 1916 mit 83 Pfleglingen ihre größte Ausdehnung erreicht und war dadurch charakterisiert, daß sie mit einem möglichst geringen Aufwand von seiten der Anstalt hinsichtlich der den Pflegefamilien zur Verfügung gestellten Ausstattung der Kranken und der Zimmer arbeitete. Außer der eingangs dieses Aufsatzes erwähnten Ausrüstung der Kranken wurde neben einem 14tägig erfolgenden Reinigungsbad nur in vereinzelten Fällen einzelne Gegenstände der Zimmerausstattung wie Bett, Tisch und Schrank geliefert. Die veränderte wirtschaftliche Lage Deutschlands, welche sich nach 1916 auch in den östlichen Kleinstädten und deren Umgebung geltend machte, führte von diesem Jahre ab zu einem starken zahlenmäßigen Abstieg der Familienpflege. Auf Grund der ungenügend vorhandenen Lebensmittel, des Mangels an Heizmaterial und der fortschreitenden Geldentwertung, welcher die Pflegesätze naturgemäß stets nachhinkten, erreichte die Familienpflege in dem Jahre 1923 ihren tiefsten Stand mit 11 Pfleglingen. Außerdem hatten die Kriegsfolgen in Form von Unterernährung mit anschließender Häufung der Sterblichkeit an Ödemkrankheit und Tuberkulose die Belegzahl der Anstalt so stark absinken lassen, daß mit dem Wegfall der in der Vorkriegszeit von Jahr zu Jahr ansteigenden Kurve der Belegzahl einer der Hauptbeweggründe zur Ausgestaltung der Familienpflege fehlte. Erst die Stabilisierung der Währung im Verein mit der nach der Inflationszeit wieder in stärkerem Maße ansteigenden Belegungskurve der Anstalt gab dem Bedürfnis nach erneuter Ausgestaltung der Familienpflege einen neuen Antrieb. Weitere Anregungen in dieser Richtung kamen von der größeren Aktivität hinsichtlich der Krankenbehandlung und -bewegung, welche sich

Digitized by Google

an Hand des Vorgehens von *Kolb*, *Römer* und *Simon* in der deutschen Psychiatrie allenthalben geltend machte. Der damalige Direktor der Anstalt, Dr. *Holthausen* benutzte seine Erfahrungen, welche er in Uchtspringe und Rastenburg gesammelt hatte, zu einer kraftvollen Ankurbelung der Familienpflege. Er erwirkte eine Erhöhung des Pflegesatzes auf 1 M. täglich ab 1. 1. 1925. Außerdem wurde mit dem gleichen Zeitpunkt eine volle Zimmerausstattung im Werte von etwa 175 M. gewährt und den Pflegewilligen ein Krankenmaterial zur Verfügung gestellt, welches verhältnismäßig wenig Mühe verursachte und im Rahmen seiner Geistesstörung produktiv verwertbare Arbeit leistete. Wenn auch die nach den verschiedenen Richtungen der Peripherie ausgestreckten Fühler schwer mit dem Mißtrauen der Bevölkerung zu kämpfen hatten, so ging es im Verlauf des Jahres 1925 doch wieder merklich vorwärts, so daß am 1. 4. 26 bereits wieder die Zahl von 40 Pfleglingen erreicht war. Im Amtsbezirk Gr. Lindenau wurde eine ländliche Gegend mit zerstreuten Siedlungen ausgewählt, welche nach Art der Beschäftigungsmöglichkeit und dem zusätzlichen Verdienstbedürfnis der kleinen Wirtschaften für die Schaffung einer Familienpflege geeignet erschien. Pfarrer, Lehrer, Amts- und Gemeindevorsteher wurden über Zweck und Vorteile der Familienpflege belehrt und zu reger Werbetätigkeit gewonnen. Das anfängliche Mißtrauen der in diesem Bezirk ansässigen Siedler und Handwerker wurde durch die sichtbaren Erfolge, welche die ersten Pflegebereiten mit ihren Pfleglingen hatten, bald überwunden. Nachdem bereits am 21. 3. 25 eine auch in körperlicher Krankenpflege erfahrene ältere Pflegerin zur Betreuung der Familienpfleglinge in Gr. Lindenau angesetzt und am 15. 5. 25 in dem Grundstück eines pensionierten Lehrers 2 Räume zum Auskleiden, Baden und Wiegen der Kranken gemietet worden waren, wurde am 10. 3. 26 zum Ankauf des Restgrundstücks des Gutes Schäferei in Seewalde in der Größe von 7,1026 ha für 23000 M. geschritten. Damit war eine Zentrale für die ländliche Familienpflege im Bezirk Gr. Lindenau geschaffen. Das geräumige Gutshaus, dessen Erneuerung einschließlich der Anlage einer Kanalisation, eines Tiefbrunnens und der Austattung mit elektrischem Licht, Telephon und Radio im Laufe der nächsten Jahre mit nicht unerheblichen Kosten durchgeführt werden konnte, bot neben Unterbringung des erforderlichen Familienpflege- und Wirtschaftspersonals Raum für 12 Krankenbetten, welche teils zur Pflege vorübergehend Leichterkrankter benutzt werden konnten, teils in der Gutswirtschaft beschäftigten Anstaltsinsassen als Unterkunft dienten. Weiter stand das Gutshaus erholungsbedürftigem weiblichem Pflegepersonal und körperlich heruntergekommenen An-

Digitized by Google

staltsinsassen als Rekonvaleszentenheim zur Verfügung. Nach vollem Ausbau der Familienpflege und der Gutswirtschaft bestand der besoldete Familienpflegestab schließlich aus einer Oberpflegerin, einer Pflegerin und 2 Küchenmädchen, zu denen als weitere Arbeitskräfte noch einige für freiere Verhältnisse geeignete männliche und weibliche Anstaltsinsassen dazukamen. Der ursprüngliche Plan, die ländliche Familienpflege in Seewalde so weit auszubauen, daß sie den größten Teil des im Laufe der Jahre immer stärker anwachsenden Familienpflegematerials der Anstalt hätte aufnehmen können, ließ sich leider nicht durchführen. Einmal waren die Siedlungen zu weithin zerstreut bei schlechten in der ungünstigen Jahreszeit für den im August 1925 zur Verfügung gestellten Kraftwagen unpassierbaren Wegverhältnissen. Weiterhin kam das Gros der familienpflegefähigen weiblichen Anstaltsinsassen aus den Großstädten Königsberg und Danzig und konnte sich an ausgesprochen ländliche Arbeits- und Lebensverhältnisse schlecht gewöhnen, während umgekehrt die kleinbäuerlichen Pflegeeltern in der Hauptsache nur solche Hausgenossen bei sich aufnehmen, welche mit ländlichen Verhältnissen vertraut waren, so daß nur vereinzelte Handwerker und Gewerbetreibende zur Aufnahme großstädtischer Pfleglinge in Frage kamen. Die weibliche Familienpflege Seewalde ist deshalb über einen Bestand von 60 Pfleglingen bisher nicht hinausgekommen. Glücklicherweise hatte aber die Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse durch die Stabilisierung der Währung auch in Tapiau und seiner nächsten Umgebung den Weg für Einführung der Familienpflege geebnet. Die Kleinwirtschaft betreibende Bevölkerung in der städtischen Siedlung Tapiau, in der Pflegerkolonie und in der dicht vor der Stadt gelegenen Siedlung Großhof, welche aus einer aufgeteilten Domäne entstanden war, hatte bei den allmählich abfallenden Preisen für Lebensmittel bald erkannt, daß die Übernahme von 2 bis 3 Pfleglingen unter Einrechnung der Arbeitsleistung derselben für sie hauswirtschaftlich vorteilhafter war als der Verkauf ihrer Bodenprodukte, zumal die Anstalt neben einer Barentschädigung von 1.30 M. täglich[1]) die oben erwähnten Zimmerausstattung, sowie Wäsche und Bekleidung gewährte. Außerdem hatte die Entwicklung der Familienpflege in Gr. Lindenau gezeigt, daß die von der Aufnahme von Geisteskranken gefürchtete Störung des Familienlebens und Gefährdung der Hausgenossen ausgeblieben war. So entwickelte sich die weibliche Familienpflege in Tapiau und Umgebung ab 1926 wieder in aufsteigender Kurve und hatte bereits im Jahre 1927 die ländliche Familienpflege

[1]) Ab Januar 1932 bei allmählich durchgeführter Senkung 1.00 RM.

Digitized by Google

in Gr. Lindenau an Kopfzahl überholt. Wenn nun ab Herbst 1929 gerade die Familienpflege in und bei Tapiau jenen gewaltigen Aufschwung nahm, welcher sie heute unter die größten Familienpflegen Deutschlands eingegliedert — im Dez. 1931 Höchststand der weibl. Fpfl. 352 Kranke — so ist diese Tatsache neben den oben erwähnten Ursachen in erster Linie der systematischen Sichtung des familienpflegefähigen Krankenmaterials innerhalb der Anstalt zu verdanken[1]).

Im Gegensatz zu anderen Familienpflegen wie z. B. denjenigen in Gheel und Ilten b. Hannover, wo die Trennung der Geschlechter sich auf die einzelnen Pflegefamilien beschränkt, hielt Direktor *Holthausen* auch eine regionale Trennung der Geschlechter für erforderlich. Dieser Grundsatz veranlaßte ihn, die vereinzelten männlichen Pflegestellen in Tapiau und Umgebung im Verlaufe der Jahre eingehen zu lassen und im Jahre 1927 eine Pflege für geisteskranke Männer in der 24 km entfernten Nachbarstadt Friedland, Kr. Bartenstein ins Leben zu rufen. Die dortige Stadtsiedlung erwies sich zur Aufnahme geisteskranker Männer als geeignet. Im April 1927 wurde dort eine Pflegezentrale errichtet, indem für einen erfahrenen Pfleger mit Familie eine Wohnung gemietet wurde, welche die erforderliche Auskleide- und Badeeinrichtung für die Pfleglinge enthält. Die Zahl der in Friedland untergebrachten Männer beträgt z. Z. etwa 50.

Was die Zahl und Verteilung der Familienpfleglinge in Tapiau und näherer und weiterer Umgebung anbetrifft, so orientiert darüber die nachfolgende Tabelle über den Stand der Familienpflege am 18. 9. 31.

Frauen 336.

Städt. Siedlung	57	Übertrag	299
Stadt	36	Seewalde	7
Kolonie	68	Renten	20
Großhof	84	Pregelswalde	2
G. Lindenau	42	Moterau	2
Krankenheim	12	Heinrichshof	5
Übertrag	299	Irglacken	1
		Sa.:	336

[1]) Über die Handhabung dieser Sichtung bitte ich Interessenten das Einschlägige in meinem in der Psychiatr.-neurologischen Wochenschrift (33. Jahrgang 1931 Nr. 39) erschienenen Aufsatz: Ein Beitrag zum Problem der Familienpflege usw. nachzulesen.

Digitized by Google

Männer 43.

Friedland, Siedlung am Bahnhof 42
Seewalde 1

Sa.: 43

Das Verhältnis zwischen der jeweiligen Belegzahl der Anstalt und der Familienpflege zeigt folgende Tabelle auf:

	Gesamtzahl			Familienpflege		
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
1. 4. 09	553	419	972	3	—	3
1. 4. 10	557	475	1032	7	2	9
1. 4. 11	?	?	?	6	7	13
1. 3. 12	629	656	1285	7	13	20
1. 11. 13	648	666	1314	8	27	35
1. 4. 14	616	675	1291	3	32	35
1. 4. 15	571	571	1142	19	21	40
1. 4. 16	641	634	1275			83
1. 4. 17	508	578	1086	20	55	75
1. 4. 18	396	479	875	17	39	56
1. 4. 19	334	400	734	4	19	23
1. 4. 20	302	418	720	4	14	18
1. 4. 21	308	443	751	3	13	16
1. 4. 22	329	471	800	3	9	12
1. 4. 23	359	528	887	3	8	11
1. 4. 24	375	550	925	6	5	11
1. 4. 25	420	607	1027	7	12	19
1. 4. 26	473	699	1172	7	35	42
1. 4. 27	539	803	1342	11	72	83
1. 4. 28	584	854	1438	30	100	130
1. 4. 29	632	872	1504	33	118	151
1. 4. 30	677	958	1635	35	168	203
1. 4. 31	739	1018	1757	46	283	392

Am 12. 10. 31 war der Stand der weiblichen Familienpflege nach Krankheitsbezeichnungen folgender:

Schizophrenien 167
Oligophrenien 59
Pfropfhebephrenien 2
Psychopathien z. T. mit Debilität vergesellschaftet 35
Alkoholismus 4
Klimakterische Psychosen 10
Manisch-depressives Irresein 12
Altersschwachsinn einschl. arteriosklerotischer Psychosen .. 13
Epilepsie 13
Paralyse 12
Encephalitis 4

331

Digitized by Google

Die weibliche Familienpflege ergibt für die 3 Wirtschaftsjahre 1928, 1929 und 1930 die nachfolgenden statistischen Daten hinsichtlich der Krankenbewegung:

Wirtschaftsjahr	Zahl der Zugänge an Kranken	Davon in Familienpflege länger als				In die Anstalt zurück		Entlassungen	Beurlaubungen	Entweichungen
		2 J.	1 J.	6 Mon.	3 Mon.	aus psych. Gründen	wegen körp. Erkrankung			
1. 4. 28— 1. 4. 29	122	56	14	26	12	11	2	1	2	3
1. 4. 29— 1. 4. 30	279	59	31	45	34	98	32	15	15	26
1. 4. 30— 1. 4. 31	505	90	82	56	59	147	46	36	38	31

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

25. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München am 18. und 19. Juli 1931.

Vorsitz: *Ast* (Eglfing-Haar), *Bumke*-München;
Schriftführer: *Weber* (Eglfing-Haar), *Blum*-München.

Anwesend: *Ast* (Eglfing-Haar), *Backlin*-Upsala (Schweden), *Barker*-Baltimore (U. S. A.), *Baumüller* (Neufriedenheim-München), *Baumüller-Rehm* (Neufriedenheim-München), *Berg*-Neustadt-W. N., *Blum*-München, *Bostroem*-München, *Bott*-Bamberg, *v. Braunmühl* (Eglfing-Haar), *Brugger*-München, *Bumke*-München, *Edenhofer*-Klingenmünster, *Einsle*-Günzburg, *Engel*-München, *Erik Esser-Möller* (Lund-Schweden), *Ewald*-Erlangen, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Feuchtwanger*-München, *Ficht*-Kaufbeuren, Frhr. *v. Freyberg*-München, *Ganner*-Innsbruck, *Gerweck*-München, *Giesen*-München, *Glatzel*-Göppingen, *Grünthal*-Würzburg, *Gückel*-Neustadt a. A., *Guttmann*-München, *Hausladen*-München, *Heckel*-Ansbach, *Heene*-Homburg (Saar), *Hermann*-München, *Heyde*-Würzburg, *Hock*-Bayreuth, *Hölzel* (Eglfing-Haar), *Hubbauer*-Gabersee, *Jahnel*-München, *Jsserlin*-München, *E. Kahn* (New Haven-U. S. A.), *Kant*-München, *Kihn*-Erlangen, *Kral*-Prag, *Krapf*-München, *Küffner*-Regensburg, *Kuhl*-München, *Lackerbauer*-Regensburg, *Ruth Mac Lacklan Franks* (Toronto-Canada), *Lang*-München, *Lenhart*-Kaufbeuren, *Lotmar*-München, *Ludwig*-Werneck, *Luxenburger*-München, *Makelà*-Helsinki (Finnland), *Mandel* (Eglfing-Haar), *Mann*-München, *W. Mayer*-München, *R. Mayr* (Eglfing-Haar), *H. Müller*-Erlangen, *Müller*-Lohr, *Neubürger* (Eglfing-Haar), *Papst* (Eglfing-Haar), *A. Spencer Paterson* (London), *Pentschew*-Sofia (Bulgarien), *Piffl*-Prag, *Plaut*-München, *Prießmann*-Erlangen, *Prinzing*-München, *v. Rad*-Nürnberg, *Rehm* (München-Neufriedenheim), *Reiß*-Mainkofen, *Rojas*-München, *Rösch* (Eglfing-Haar), *Schmelz*-Frankenthal, *Schmidt-Kraepelin*-München, *Schmitt*-München, *Kurt Schneider*-München, *Schnidtmann*, (Eglfing-Haar), *Scholz*-München, *Schottky*-München, *Schuch*-Erlangen, *Schul*-München, *Schulz*-München, *Schwarz*-Kutzenberg, *Schwindt*-München, *Specht*-Erlangen, *Stauder*-München, *Stiefler*-Linz, *Stoeckle*-Lohr, *Störring*-Würzburg, *Tesdorpf*-München, *Theobald* (Eglfing-Haar), *Unger*-München, *Utz*-Gabersee, *Vogler*-München, *Wacker*-München, *Weber* (Eglfing-Haar), *Weiler*-München, *Weinberger*-Rosenheim, *Weiß*-München (101 Teilnehmer).

1. Sitzung: (18. Juli, vormittags).

Der Vorsitzende *Ast* (Eglfing-Haar) eröffnet die Versammlung und begrüßt die erschienenen Gäste, als Vertreter der Behörden Herrn Oberregierungsrat Freiherrn *von Freyberg* und Herrn Oberregierungsrat Dr. *Hausladen* für die Regierung von Oberbayern, sowie im weiteren Verlaufe der Tagung Herrn Ministerialrat Dr. *Schwindt* als Vertreter des Staatsministeriums.

Dem am 15. 6. 31 verstorbenen Direktorstellvertreter Obermedizinalrat

Digitized by Google

Dr. *Adam* (Eglfing-Haar) widmet er unter Würdigung seiner praktischen und wissenschaftlichen Lebensarbeit einen warmempfundenen Nachruf, ebenso dem am 20. 3. 31 verschiedenen Medizinalrat I. Kl. Dr. *von Schleiß-Löwenfeld* (Eglfing-Haar), dem allgemein beliebten und geschätzten warmherzigen Arzte und Menschen. Die Versammlung ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Wahlen: Satzungsgemäß scheidet Direktor *Ast* aus dem Vorstande aus. *Plaut*-München schlägt Wiederwahl vor. Die Versammlung stimmt einstimmig zu. Der 1. Vorsitzende nimmt die Wiederwahl dankend an. Dem bisherigen Schriftführer spricht der Vorsitzende für seine mehrjährigen Bemühungen den Dank des Vereins aus. An seiner Stelle wird *v. Braunmühl* (Eglfing-Haar) gewählt.

Zum Referat erhält sodann das Wort: *Blum*-München: Über die Abhängigkeit psychischer und nervöser Störungen von atmosphärischen Einflüssen. (Erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie).

Aussprache: *Weiler*-München berichtet über eigene Forschungen hinsichtlich der Beziehungen der Jahreszeiten zu Erkrankungen auf nervösem und seelischem Gebiete, die er gelegentlich eines Auftrages zur Referat-Erstattung auf dem internationalen Kongreß für Psychiatrie im Jahre 1914 in Bern, dessen Abhaltung infolge des Kriegsausbruches unterblieb, an dem Material der Psychiatrischen Klinik in München anstellte. Eine Durchforschung der rund 23000 Krankengeschichten, die infolge der Aufnahmen in die Klinik in den Jahren 1904—14 anfielen, zeigte, daß die Häufigkeitskurven der Erkrankungen, die zur Aufnahme in die Klinik Veranlassung gaben, durchaus parallel mit der Kurve der Empfängniszeiten in Deutschland lief, indem die Höchstzahl der Aufnahmen jeweils im Frühjahr, hauptsächlich im Mai zu verzeichnen war. Noch klarer kam dies zum Ausdruck bei der Aussonderung der einzelnen Krankheitsarten, indem der Anstieg im Frühjahr bei den Manischdepressiven ganz besonders erheblich war. Andere Krankheitszustände, insbesondere die Epilepsie, die Hysterie und die Psychopathie hatten ihre Höchstanfälligkeit, soweit sie zur Unterbringung in der Klinik Anlaß gaben, im Juli mit dem Temperaturmaximum und dem Maximum von Gewitterbildung. Auch sonst ergaben die Feststellungen noch bemerkenswerte Hinweise auf den Einfluß kosmischer Einwirkungen auf das Seelenleben der Menschen.

Eugen Kahn, New Haven, der seinen Dank für die liebenswürdige Begrüßung und seiner Freude darüber Ausdruck gibt, wieder einmal vor einem heimatlichen Auditorium zu sprechen, stellt mit Genugtuung fest, daß der Referent sich so eindeutig über die Statistik geäußert hat. *K.* ist bei aller Anerkennung statistischer Methodik und Leistung der Meinung, daß wir mit Statistiken überaus vorsichtig sein müssen, weil wir etwas, was wir nicht wissen, dadurch nicht besser wissen, daß wir es tausendmal nicht wissen. —. *K.* begrüßt den Begriff der kosmischen Konstitution in der Hoffnung, daß dieser Begriff im Sinne des Ref. dazu beitragen möge, unserer Auffassung von der primären und grundsätzlichen Bedeutung der Erbanlagen mehr und mehr Boden zu schaffen auch bei denen, die — hüben und drüben — immer noch (in vermutlich konstitutionellem Optimismus) die Umwelteinflüsse überschätzen. Man muß immer wieder betonen, daß kein Individuum, daß keine Konstitution über ihre anlagegegebene Reaktionsbreite hinaus auf Milieufaktoren antworten kann.

Digitized by Google

Es folgt als erster Vortrag: *Specht*-Erlangen: Müdigkeitsgefühl im manisch-melancholischen Formenkreise. (Vortrag erscheint in erweiterter Fassung im Druck).

Aussprache: *Eugen Kahn*-New Haven erwägt nach kurzer Erwähnung des Falles eines Asthenikers, der innerhalb weniger Stunden wiederholt Ermüdung und Ermüdungsgefühl zeigte, die Möglichkeit, daß es sowohl einen asthenischen als einen pyknischen Ermüdungstypus geben könne. *K.* äußert Zweifel darüber, ob es möglich ist, das Ermüdungsgefühl der Zirkulären sicher bezw. grundsätzlich von der zirkulären Hemmung zu trennen.

Ast (Eglfing-Haar): Wir Praktiker sehen bei allen möglichen psychotischen Zuständen das Syndrom der Müdigkeit auftreten. Die Frage ist aber doch wohl, ob wir es als ein primäres oder sekundäres aufzufassen haben. Müdigkeit ist die Folge von Ermüdung, und man kann sich vorstellen, daß in jeder Psychose Ermüdungsfaktoren liegen, die subjektive und objektive Müdigkeit zur Folge haben.

Krapf-München: Über das »vasomotorische Entgegenkommen« in der Pathogenese symptomatisch-epileptischer Anfälle.

Die Forschungen zur Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls, die gerade in den letzten Jahren durch die Arbeiten *Foersters, Spielmeyers* u. a. so sehr gefördert wurden, haben uns gezeigt, wie kompliziert der Kausalnexus ist, der diesem anscheinend so einfachen Syndrom zugrundeliegt. Sie haben gleichzeitig dargetan, wie weit wir von einer befriedigenden Aufklärung seiner Entstehung noch entfernt sind.

Wir wissen, daß dispositionelle mit akzidentellen Faktoren zusammentreffen müssen, damit ein epileptischer Krampfanfall entsteht. Wir sind uns einigermaßen darüber klar, daß der epileptische Krampfanfall ein Reiz- und kein Enthemmungsphaenomen ist. Wir können auch mit einer gewissen Sicherheit sagen, daß allen — genuinen und symptomatischen — Anfällen, vielleicht mit Ausnahme der streng kortikalen Jacksonanfälle ohne Bewußtseinsverlust, ein von Fall zu Fall sehr ähnlicher pathogenetischer Mechanismus zugrundeliegen muß. Und wir haben schließlich alle Veranlassung, zu vermuten, daß in der fortlaufenden Kette von Ursachen und Wirkungen, die von der primären »irritativen Noxe« *(Forster)*, einem Hirntumor etwa, bis zur Auslösung des Krampfanfalls führt, eine der wichtigsten »Etappen« *(Wuth)* die cerebrale Vasokonstriktion ist.

Wie mir scheint, ist aber z. B. noch nicht hinreichend gesichert, ob die präparoxysmale Vasokonstriktion, deren tatsächliche Existenz nach den experimentellen Befunden *Cobbs* und *Macdonalds*, den bioptischen *Foersters* und den autoptischen *Spielmeyers* nicht mehr bestritten werden kann, wirklich das letzte Glied der pathogenetischen Ursachenreihe oder nicht vielmehr das erste Stadium des Krampfanfalles selbst ist. Denn — wie *Foerster* schon hervorhob — hat es etwas Unbefriedigendes, zwar die Vasokonstriktion als unmittelbare Ursache des epileptischen Krampfanfalls zu bezeichnen, aber nicht angeben zu können, woher die Vasokonstriktion kommt. Ebenso könnte ja eine Veränderung im kolloidalen Zustand des Gehirns, etwa die von *Frisch* u. a. vermutete »Säurequellung« die übergeordnete Ursache der koordinierten Phänomene Vasokonstriktion und Krampfanfall sein.

Unter diesen Umständen müssen wir also nach epileptischen Erkrankungen suchen, bei denen die Vasokonstriktionen mit Bestimmtheit unab-

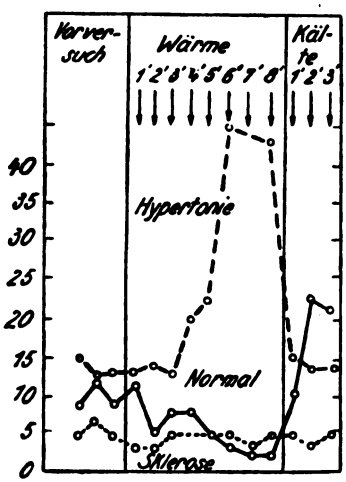
Digitized by Google

hängig vom Anfall auftreten. D. h. wir müssen uns an Erkrankungen halten, die zwar gelegentlich mit symptomatisch-epileptischen Anfällen verlaufen, bei denen aber Vasokonstriktionen auch dann ins Bild gehören, wenn es nicht zu Krampfanfällen kommt: Erkrankungen also, die, wie ich mich ausdrücken möchte, der (natürlich unentbehrlichen) epileptischen Disposition »vasomotorisch entgegenkommen«.

Derartige Erkrankungen gibt es in der Tat. Ich nenne als erste eine, deren vasomotorische Eigenart in den letzten Jahren besonders eingehend erforscht worden ist und die auch hier zunächst als Paradigma dienen soll: die arterielle Hypertonie oder echte Blutdruckkrankheit.

Es ist wohl heute nicht mehr notwendig, die Berechtigung der Trennung von Arteriosklerose und Hypertonie, die wir *v. Romberg* verdanken, zu begründen. Auch kann ich hier nicht auf das (auch heute noch keineswegs restlos gelöste) Problem der nephrogenen oder nicht nephrogenen Entstehung des arteriellen Hochdrucks eingehen. Hier kommt es nur auf die Pathophysiologie des hypertonischen Kreislaufs, auf die pathologischen Abänderungen der »Funktion der Blutstrombahn« bei Hypertonikern an.

Ich darf in diesem Zusammenhang kurz über einige Ergebnisse *Fritz Langes* referieren, aus denen die (an sich schon seit langem bekannte) Eigenart des hypertonischen Kreislaufs in besonderer Deutlichkeit hervorgeht. *F. Lange* hat bei »reinen« Arteriosklerotikern und »reinen« Hypertonikern außer Nierenfunktionsprüfungen, Magentemperaturmessungen u. a. vor allem kapillarmikroskopische Untersuchungen durchgeführt. In seinen Versuchen, deren Technik im einzelnen hier nicht wiedergegeben werden kann, hat er die Zeit der »Nachströmung« in den Fingerfalzkapillaren (von der Absperrung des Blutzuflusses am Oberarm bis zum völligen Stillstand der Strömung), die Zeit der »Einströmung« (nach Sperre an der Fingerwurzel), das Verhalten der Kapillaren bei lokaler Applikation von Kälte- und Wärmereizen u. a. m. beobachtet, bezw. gemessen. Wie an der nebenstehenden, das Ver-



Nachströmungsversuch
(nach Fr. Lange)

Digitized by Google

halten im Nachströmungsversuch zeigenden Abbildung zu sehen ist, weisen die Arteriosklerotiker in allen Strombahnabschnitten eine herabgesetzte Ansprechbarkeit auf Reize, eine verminderte Reaktionsfähigkeit der Blutstrombahn auf, während bei den Hypertonikern in krassem Gegensatz dazu die Blutstrombahn auf Reize übererregbar ist. In einer dritten Kurve ist schließlich das normale Verhalten dargestellt. Wir sehen hier in einer durch den Kontrast zur »reinen« Arteriosklerose besonders eindrucksvollen Weise das Charakteristische des hypertonischen Kreislaufs, seine krankhafte Empfindlichkeit und Irritabilität, eine Erscheinung, die fast wichtiger ist als die namengebende Blutdruckerhöhung, denn selbst abgesehen von der Tatsache, daß die »Empfindlichkeit« gelegentlich schon klinische Erscheinungen machen kann, bevor ein eigentlicher Hochdruck nachweisbar ist, kann man weiter mit *F. Kauffmann* »ohne wesentliche Übertreibung sagen, daß ein auf großer Höhe fixierter stabiler Hochdruck sehr oft mit wenigen, ein labiler Hochdruck dagegen in der Regel mit zahlreichen Beschwerden einhergeht«.

Eines der wichtigsten Symptome der hypertonischen Kreislaufempfindlichkeit sind nun die Angiospasmen, die ebenso wie in anderen Körperorganen auch im Gehirn häufig auftreten und die ihrer Art nach den präparoxysmalen Vasokonstriktionen der Epileptiker offenbar durchaus entsprechen. Ich könnte zum Beweis dessen auf die neueren Forschungen zur Pathogenese des Schlaganfalls (*Rosenblath, Westphal* und *Baer, Schwartz* u. a.) verweisen, wonach der Apoplex gerade bei den Hypertonikern keineswegs, wie früher angenommen, häufig auf dem primären Reißen einer Arterie beruhen soll, sondern darauf, daß zunächst durch einen Angiospasmus eine Hirnpartie schlecht ernährt und zum Absterben gebracht wird, in die es dann erst sekundär hineinblutet. Ich könnte im Anschlusse an das heutige Referat die Wetterabhängigkeit sowohl der Schlaganfälle wie der epileptischen Anfälle heranziehen. Ich könnte schließlich auch die bemerkenswerte Tatsache erwähnen, daß für die Hypertonie und für die Epilepsie bis ins Detail gleiche therapeutische Ratschläge gegeben werden. Ein näheres Eingehen würde jedoch hier zu weit führen.

Viel beweiskräftiger sind ja auch hier wieder die Befunde *Spielmeyers* und seiner Schule, vor allem *Neubürgers*. Ich denke besonders an die interessanten Untersuchungen *Neubürgers* über die Ammonshornveränderungen bei sanguinösen Apoplexien, die er in seiner kürzlich erschienenen Monographie unter besonderer Blickrichtung auf die Hypertoniefrage ergänzt hat. Denn: Wenn *Neubürger* zeigen kann, daß bei »reinen« Arteriosklerotikern im Ammonshorn ganz überwiegend nur »kleine malazische Herde« auftreten, »die sich keineswegs an den (*Sommer*schen) Sektor halten«, während auf der anderen Seite »nicht nur die Apoplektiker, sondern auch ein großer Teil sonstiger hypertonischer Kranker mit frischen Hirnherden« frische Nekrosen gerade eben nur im *Sommer*schen Sektor des Ammonshorns zeigen, so liegen die Folgerungen auf der Hand. Ganz offenbar haben wir eben in der Hypertonie eine Erkrankung vor uns, die auch dann, wenn von epileptischen Anfällen gar keine Rede ist, das Gehirn in der selben charakteristischen Weise schädigt, wie der epileptische Anfall, die also ein echtes »vasomotorisches Entgegenkommen« zeigt.

Wird aber dieses »Entgegenkommen« wirklich »ausgenützt«? Kommen bei Hypertonikern epileptische Anfälle vor?

Ich habe schon in einer früheren Arbeit zeigen können, daß die im

Digitized by Google

Verlaufe der *Alzheimer*schen Krankheit auftretenden epileptischen Anfälle mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht der praesenilen Hirnatrophie, sondern einer begleitenden arteriellen Hypertonie zur Last zu legen sind. Auf Grund eines Materials von etwa 40 nach dem 40. Lebensjahr mit epileptischen Krampfanfällen erkrankten Patienten kann ich heute darüber hinaus sagen, daß die überwiegende Mehrheit der Fälle von »echter Spätepilepsie« Hypertoniker, und zwar ganz vorzugsweise solche im Stadium des labilen Hochdrucks betrifft.

Das ist kein Zufall. Unter meinem Material findet sich ein Fall, der seine Anfälle im weiteren Verlauf wieder verloren hat. Die Nachuntersuchung ergab bei dem ehemals (mit einem Blutdruck von 185/115 RR.) sicher hypertonischen Patienten einen durchaus normalen Blutdruck und einen »sklerotischen« Ausfall der Nachströmungsreaktion. Mit dem Ausgang der Hypertonie in eine Arteriosklerose verschwand also auch die Epilepsie wieder. Umgekehrt beobachteten wir Fälle von genuiner Epilepsie, bei denen es im Laufe des Lebens zur Spontanheilung gekommen war, die aber rezidivierten, als sie hypertonisch wurden. Dabei kann keine Rede davon sein, daß etwa in meinen Fällen die Anfälle durch den Reiz eines Herdes ausgelöst worden seien. Es gibt auch solche Fälle, obwohl sie seltener sind, als gemeinhin angenommen wird. Sie zeigen gewöhnlich eine vom hypertonisch bedingten epileptischen Krampfanfall deutlich unterscheidbare Anfallssymptomatologie.

Unter den von mir untersuchten Fällen sind vielmehr zahlreiche, bei denen autoptisch überhaupt kein Herd vorliegt, ja selbst Fälle, die nicht einmal eine Hirnarteriosklerose haben. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, daß häufiger der Herd durch den Anfall entsteht als der Anfall durch den Herd. Denn der klinische Ablauf einer Hypertonie-Epilepsie ist gerade in den Fällen, wo autoptisch Herde gefunden werden, besonders häufig so, daß erst mehrere epileptische Anfälle ablaufen, ohne dauernde Herderscheinungen zu hinterlassen, daß dann einmal nach einem Anfall eine Hemiplegie zurückbleibt, daß aber dann die Anfälle genau in derselben Weise weiter auftreten, wie vor Eintritt der Lähmung. Nach dem, was ich vorhin über die neueren Forschungen zur Pathogenese der Apoplexie sagte, ist dieser Hergang wohl erklärbar: Es kommt zu Angiospasmen. Diese sind anfangs noch relativ geringfügig. Dementsprechend kommt es nur zu epileptischen Krämpfen, für deren Zustandekommen ja nach *Foerster* »ein Minimum von Zirkulation« erforderlich ist. Die hypertonischen Angiospasmen wiederholen sich; sie sind, um einen Ausdruck zu gebrauchen, den *Gowers* für die Epilepsie anwendet, »a selfperpetuating disease«, eine sich selbst fortsetzende Krankheit. Schließlich werden die Angiospasmen so intensiv, daß das Hirngewebe nicht mehr genügend genährt wird, und es kommt eines Tages zur Blutung. Die Angiospasmen aber dauern weiter und erzeugen weitere epileptische Anfälle, ganz unabhängig von der Katastrophe, die das Gehirn unterdessen getroffen hat.

Jedoch führen diese Erwägungen von meinem heutigen Thema zu weit ab. Ich hoffe, sie später in größerer Ausführlichkeit und unter Vorlage von Krankengeschichten behandeln zu können.

Worauf es hier ankommt, ist nur, darauf hinzuweisen, daß wir in der Epilepsie der Hypertoniker ein Beispiel vor uns haben, bei dem ohne jeden Zweifel die Vasokonstriktion nicht als erstes Stadium des Anfalls aufgefaßt werden kann, sondern wo ihre ursächliche Bedeutung für den Krampf-

Digitized by Google

anfall sichergestellt ist. Ich brauche wohl nicht noch einmal zu sagen, daß ich die kausale Bedeutung der dispositionellen Faktoren in keiner Weise unterschätze. Ich möchte sogar hinzufügen, daß ich mir die Epilepsiedisposition nicht einmal als etwas Einheitliches vorstelle. Vielmehr wird es wohl neben der zerebralen Anlage noch andere anlagemäßig bedingte Kausalfaktoren geben, über deren Natur wir vorläufig nur Vermutungen haben können. Und erst das Zusammenspiel der verschiedenen Anlagen, ihre besondere Abstimmung aufeinander wird die Bereitschaft zum epileptischen Krampf ausmachen.

Die Darstellung der Hypertonikerepilepsie, von deren Studium her ich zu meinen Gedankengängen über das »vasomotorische Entgegenkommen« bei gewissen Formen der symptomatischen Epilepsie kam, mußte notgedrungen etwas breiter ausfallen. Ich kann mich daher vielleicht über weitere Krankheiten mit »vasomotorischem Entgegenkommen« kürzer fassen.

Zunächst möchte ich auf die nahen Beziehungen der Hypertonikerepilepsie zu der chronischen Pseudo-Uraemie *Volhards* aufmerksam machen. Aber auch die akute »falsche« Uraemie, die mit der Eklampsie identisch sein dürfte und der ja bekanntlich die epileptischen Anfälle direkt das Gepräge geben, wird neuerdings recht allgemein auf »funktionelle« Kreislaufstörungen zurückgeführt, unter denen der Angiospasmus an der Spitze steht. Ich erwähne weiter die merkwürdige Tatsache, daß gerade die Bleivergiftung, bei der anfallsartig auftretende Angiospasmen der Hirngefäße sogar am Augenhintergrund beobachtet werden konnten (*Elschnig*), nicht selten zu Epilepsie führt, während andere giftige Schwermetalle, wie das Quecksilber oder das Mangan so gut wie nie Krampfanfälle hervorrufen. Bei näherer Befassung mit der sogenannten toxischen Epilepsie konnte man überhaupt auf den Gedanken kommen, ob nicht im großen und ganzen nur solche Gifte zu wirklichen epileptischen Krämpfen führen, denen die Verursachung eines »vasomotorischen Entgegenkommens«, die Erzeugung von Gefäßkrämpfen, zuzutrauen ist. Schließlich dürfen auch die traumatisch-epileptischen Erkrankungen nicht übergangen werden, die ja keineswegs alle auf einem »Narbenreiz« oder auf einer sonstigen anatomisch nachweisbaren Ursache beruhen. Vor allem *Ricker* ist der Hinweis darauf zu danken, daß schwere Erschütterungen des Zentralnervensystems zu gewissen geringfügigen anatomischen Befunden führen können, die nur durch die Annahme funktioneller Kreislaufstörungen erklärt werden können. Die schwere Erschütterung wirkt nach *Ricker* als Reiz auf die Strombahnnerven, die mit einer Vasokonstriktion antworten, und die anatomischen Befunde sind eine Folge dieser Vasokonstriktionen und ihrer haemodynamischen Konsequenzen.

Es macht, wie mir scheint, keine Schwierigkeiten, in der ersten Vasokonstriktion kurz nach dem Trauma die auslösende Ursache für den dem Trauma in nahem zeitlichen Abstand folgenden epileptischen Krampfanfall zu sehen. Aber auch für das spätere Auftreten und für das Fortbestehen epileptischer Krampfanfälle bei Schädeltraumatikern eröffnet sich hier ein gewisses pathophysiologisches Verständnis. Denn wiederum *Ricker* hat festgestellt, daß in dem einmal betroffenen Strombahngebiet analoge Kreislaufstörungen auch weiterhin sehr viel leichter zustandekommen als vor dem Trauma. Die betreffenden Strombahnabschnitte sind »empfindlich« gewor-

Digitized by Google

den. Sie reagieren nun schon auf physiologische Reize mit Vasokonstriktion. Schließlich »kann die Spätwirkung einer Reizung der Gefäßnerven ... stärker ausfallen, als die Wirkung der ersten Reizung«. Berücksichtigt man hierzu noch, daß der epileptische Krampfanfall selbst »ein schweres Gehirntrauma« ist (*Foerster*), das schon an sich geeignet ist, »Ursache des folgenden Anfalls« zu sein, so versteht man recht wohl, daß bei entsprechend disponierten Individuen ein schweres Hirntrauma eine chronische Epilepsie« verursachen, bzw. auslösen kann.

Brugger-München: Die Stellung der Schwachsinnigen in der Geburtenreihenfolge.

Die Stellung der Oligophrenen in der Geburtenreihenfolge kann darüber Aufschluß geben, ob es sich um erblich oder exogen bedingte Schwachsinnsformen handelt. Ist die Erblichkeit allein ausschlaggebend, so müssen die Merkmalsträger bei großem Material gleichmäßig auf alle Geburtennummern verteilt sein. Die Bevorzugung bestimmter Geburtennummern (z. B. Erst- oder Letztgeburt) läßt auf Mitwirkung äußerer Faktoren schließen. Voraussetzung für richtige Resultate ist die Anwendung der von *Weinberg* angegebenen Methode. Die Schwachsinnigen dürfen auch nicht öfter unmittelbar aufeinander folgen, als den Wahrscheinlichkeitsgesetzen nach zu erwarten ist. Zu häufige Kettenbildung der Oligophrenen spricht für in bestimmten Zeiten wirkende exogene Entstehungsursachen (z. B. Alkoholismus, Lues). An den 819 von *Lang, Lokay, Pleger, Brugger* beobachteten Schwachsinnigen zeigt sich, daß die Schwachsinnigen gleichmäßig auf alle Geburtenfolgenummern verteilt sind. Nur die allerletzten Geburtennummern sind etwas zu stark mit Oligophrenen besetzt. Die Abweichung liegt noch innerhalb des mittleren Fehlers und kann deshalb ein reines Zufallsergebnis sein. Es ist auch an eine absichtliche Verhütung weiterer Zeugungen nach der Geburt eines schwachsinnigen Kindes zu denken. Ferner wurde festgestellt, daß die Oligophrenen nicht häufiger unmittelbar aufeinander folgen als zu erwarten ist und daß der zeitliche Abstand zwischen den Geburten zweier schwachsinniger Kinder oft größer ist als zwischen den Geburten zweier normaler Kinder. Die Ergebnisse sprechen dafür, daß es sich bei denjenigen Schwachsinnigen, die von den genannten Untersuchern als endogen bedingt angesehen wurden, in den allermeisten Fällen tatsächlich um erbliche Formen handeln muß. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

Ewald-Erlangen: Über die Umgrenzung der Begriffe des Sadismus und Masochismus.

Die Begriffe Sadismus und Masochismus werden heute in einer unerlaubten Weise überdehnt, sowohl im allgemeinen Sprachgebrauch, als auch in der Wissenschaft. An dem Beispiel der *Kretschmer*schen Ausführungen über gewalt- und schmerzsüchtige Triebe im Rahmen der »genialen Menschen« und am Beispiel der *Apfelbach*schen Charakterlehre wird nachgewiesen, daß die Überdehnung der beiden Begriffe zu einer Gleichsetzung mit Sthenie und Asthenie mit Selbstbehauptung und Selbsthingabetendenz (*Klages*), mit Machtmenschen und sozial-liebenden Menschen (*Spranger*), mit Machtdrang und Minderwertigkeitsgefühl (*Adler*) führt. Bei *Apfelbach* kommt es sogar zu breiter Überschneidung mit den Begriffen der

Digitized by Google

Zyklothymie und Schizothymie. Es wird dann versucht, eine Abgrenzung zu finden; man wird dabei von den Beziehungen zur Geschlechtlichkeit nicht absehen können. Man wird aber auch vorsichtig sein müssen mit dem Begriff der »Ersatzhandlungen«. Sieht man z. B. »in der Freude an blutrünstigen Sports« sofort einen sadistischen Einschlag, so ist der nächste Schritt schon wieder, daß man die südländischen Nationen wegen ihrer Freude an Stier- und Hahnenkämpfen als sadistisch bezeichnet, die angloamerikanischen Nationen wegen ihrer Freude am Boxkampf, die Deutschen wegen des Duell- und Mensurwesens; der Journalismus hält sofort wieder seinen Einzug. Auch die Hysterica, die ihren Mann quält, quält ihn sicher selten zur Gewinnung sexueller Lust, sondern zur Abreaktion aller möglicher innerer Spannungen oder zur Verwirklichung eines sonst ungestillt bleibenden Machtdranges. Nur wer mit *Freud* die »Libido« vom Sexuellen überhaupt loslöst und unbedenklich an ihre Stelle den Begriff der Selbstbehauptung setzt, wird einer solchen Pansexualisierung zustimmen können, die dann aber für die Entwicklung der Perversionen des Geschlechtstriebes fast nichts mehr besagt und eine biologische Erforschung dieser krankhaften Spielarten des Sexualtriebes zur Unmöglichkeit macht. Daß der Begriff des Sadismus (viel mehr als der des Masochismus) solchen Eingang in die Laienwelt gefunden hat, hat seinen psychologischen Grund darin, daß wir bestrebt sind, Grausamkeiten jeder Art mit möglichst kräftigen Ausdrücken zu kennzeichnen. Kann man sich von diesem eingebürgerten verblasenen Begriff des Sadismus nicht lösen, so sollte man wissenschaftlich wenigstens unterscheiden zwischen einem sexuellen Sadismus, der die geschlechtliche Perversion meint, und einem allgemeinen Sadismus, der die sthenische Charakterhaltung bedeutet.

Aussprache: *Bumke*-München: Das, was der Herr Vortragende für Sadismus und Masochismus ausgeführt hat, gilt nach meiner Überzeugung für sehr viele Gebiete der psychologischen und der psychiatrischen Terminologie. Es wird immer übersehen, daß die Flüssigkeit alles seelischen Geschehens grundsätzlich jeden Begriff zu verwässern erlaubt, und daß sich Übergänge zwischen allen möglichen Tatbeständen auffinden lassen, die als solche doch sehr weit voneinander unterschieden sind. Selbstverständlich wird man zwischen dem groben sexuellen Akt z. B. und den leisesten Zärtlichkeiten zwischen Mutter und Kind spielend solche Übergänge nachweisen können. Nennt man dann die leisen Zärtlichkeiten der Mutter sexuell, so ist in Wirklichkeit gar nichts geschehen, als daß man einen ursprünglich ziemlich eindeutigen Begriff recht vieldeutig gemacht hat. Der Sadist ist grausam aus sexueller Ursache; ein Mensch kann aber auch aus anderer Ursache grausam sein; sieht man nun das einzige Merkmal des Sadismus in der Grausamkeit, oder aber setzt man das sexuelle Motiv überall da voraus, wo grausame Handlungen begangen werden, so wird man wieder sachlich gar nichts gewinnen, einen klaren Wortsinn aber verlieren.

Die ganze Verwirrung ist wohl nur dadurch möglich geworden, daß man früher einmal an seelische Elemente geglaubt, und daß sich manche Menschen für jedes seelische Element auch ein Schubfach im Gehirn vorgestellt haben, in dem dieses Element fein säuberlich aufbewahrt würde. Wenn es solche Elemente gäbe, dann müßte sich natürlich auch jeder psychologische Tatbestand gegen jeden anderen scharf abgrenzen lassen. In Wirklichkeit gibt es aber nur einen einheitlichen Strom des seelischen Er-

Digitized by Google

lebens, und schon das ist eine Abstraktion, wenn wir von Vorstellungen und Gedanken, von Wahrnehmungen, Gefühlen und Willensimpulsen sprechen. Weil aber alles Seelische flüssig ist, und weil es hier grundsätzlich überall Übergänge geben muß, ist es sehr billig, ursprünglich eindeutige Begriffe schließlich auf ganz fernliegende Tatbestände anzuwenden.

2. Sitzung (10. Juli, nachmittags).

Stiefler-Linz: Über Hirntumoren mit ungewöhnlicher klinischer Verlaufskurve.

Vortr. zeigt in Diapositiven die anatomischen Präparate von sieben Fällen von Tumor cerebri; drei — Gliom der Brücke, Tuberkel des Kleinhirns, Ventrikeltumor (Spongioblastoma multiforme?) — bereiteten als »akuter Hirntumor« diagnostische Schwierigkeiten gegenüber einer Enzephalitis, wurden aber in zwei Fällen richtig erkannt. Die vier anderen Fälle betreffen die Frage Hirntumor und Spätepilepsie; ein Fall, der klinisch akut als Status epileptikus mit Fokalisierung in das linke Kopf-Armgebiet in Erscheinung trat und nach kaum zwei Tagen ad exitum kam, war ein Meningiom des linken Stirnlappens, das sich durch singuläre epileptische Anfälle vor vier und zwei Jahren offenkundig machte und sonst vollkommen latent blieb. Die drei letzten Fälle (Meningiom des linken Stirnlappens, Gliom des rechten bzw. linken Stirnlappens), die einen ausgesprochen chronischen Verlauf — 5—12 Jahre — nahmen, lehren neuerlich, wie vorsichtig wir mit der Annahme einer Spätepilepsie als Krankheit für sich sein müssen und uns mit der einmaligen Vornahme einer okulistischen und Röntgen-Untersuchung nicht bescheiden dürfen; sie zeigen uns besonders eindringlich, daß sie unter dem Bilde einer ausgesprochen chronischen Epilepsie mit kleinen und großen Anfällen, Dämmerzuständen, habitueller psychischer Veränderung durch Jahre hindurch bestehen können, ohne daß irgendwelche Anzeichen einer intrakraniellen Druckerhöhung oder einer örtlichen zerebralen Herderscheinung erweisbar sind, auch im Röntgenbild Skelettveränderungen zunächst fehlen können. Sehr bemerkenswert ist das mehrminder rasch hereinbrechende Finale, das binnen weniger Monate, ja nur Wochen den ursächlichen Prozeß klinisch offenkundig macht und dann überraschend schnell zur Katastrophe führt. Sie beleuchten die ungemeine Wichtigkeit der gemeinsamen Arbeit des Neurologen mit dem Okulisten und Röntgenologen hinsichtlich der örtlichen Diagnose. Die nähere histologische Untersuchung der letzten beiden Fälle steht noch aus; sie ist hinsichtlich des eigenartigen netzförmigen, wabigen Baues der Geschwulst von besonderem Interesse. Es ergibt sich hier die Frage, ob nicht ein eigenartiger Typus, eine bestimmte Art der anscheinend gliomatösen Wucherung sich herausstellt, deren Entwicklung einen verhältnismäßig langen Zeitraum beansprucht. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt später.)

Aussprache: *Spatz*-München fragt an, ob den epileptischen Anfällen bei den Schläfenlappentumoren eine Geruchs-Aura vorangegangen ist, wie das neuerdings wieder bei einem Fall der Münchener Klinik beobachtet wurde.

Schlußwort: *Stiefler*-Linz: In keinem der beiden Fälle von Schläfenlappentumor zeigten die epileptischen Anfälle eine Geruchs-Aura; die Unkusformation war in beiden Fällen vom Tumorgewebe frei geblieben.

Digitized by Google

Ganner-Innsbruck: Ein Pellagrafall in Bayern.

Vortr. berichtet über den ersten bisher in Bayern diagnostizierten Fall von Pellagra, der an der Münchener Psychiatrischen Klinik zur Beobachtung kam.

38j. verheiratete Frau aus Ingolstadt, schon früher mehrmals im dortigen Krankenhause aufgenommen wegen hauptsächlich gastrointestinaler Beschwerden: Durchfall, Erbrechen, Leibschmerzen, die zu wiederholten chirurgischen Eingriffen Anlaß gegeben hatten, wobei aber kein das Leiden erklärender Befund aufgedeckt wurde. Mehrere Monate lang amenorrhoisch. 1927 die ersten Hauterscheinungen an Händen und Gesicht, die als Salvarsanschädigung gedeutet wurden, da sie während einer damals — trotz negativer Wassermann-Reaktion — wegen plaques auf der Zunge vorgenommenen antiluetischen Kur aufgetreten waren. In den folgenden Jahren neben wiederholten Durchfällen vor allem Symptome von seiten des Z. N. S.: Schwäche, Kraftnachlaß in einem Arm, Unsicherheit beim Gehen und Stehen, ziehende Schmerzen in den Beinen.

1931 wird P. psychisch auffällig und wegen zunehmender Gehunfähigkeit in die Klinik in München transferiert.

Allgemein reduziert, abgemagert, blaß. Nässende Dermatose an Händen und Füßen, auf die Streckseite beschränkt; follikulär angeordnete Hornkegel im Gesicht. Reflektorische Pupillenträgheit, im linken Bein vermehrter Widerstand bei passiven Bewegungen, anfangs sehr lebhafte K. S. R., die später fehlen. Sensibilität wegen des psychischen Zustandes nicht prüfbar. Geringe Bewußtseinstrübung, zeitliche Desorientiertheit, wechselnd euphorisches und weinerliches Verhalten, Aspontaneität, stereotypes Wiederholen gewisser Redewendungen. Blut und Liquor sowie ophthalmologischer Befund negativ. Zunehmende Verschlechterung im Verlaufe des einmonatigen Klinikaufenthalts. Inkontinenz. Komplikation durch fieberhafte Zystitis. Benommenheit. Exitus 7. VI. 1931.

Es werden an Hand von Bildern die Hauterscheinungen näher besprochen und die am Z. N. S. erhobenen Befunde demonstriert.

Zweierlei Veränderungen sind zu unterscheiden: 1. Strangdegeneration mit reichlichen Fettabbauprodukten im ganzen Rückenmark, sowohl im Vorder- wie Seitenstrang. 2. Veränderung fast aller großen Ganglienzellen im Sinne von *Nißls* »primärer Reizung«. Wenn auch die Untersuchung des Z. N. S. noch nicht abgeschlossen ist, so kann doch schon auf Grund der vorliegenden Präparate die Diagnose »Pellagra« mit Rücksicht auf die eigenartige, in dieser Form bei anderen Erkrankungen kaum je zu beobachtende Kombination histologischer Befunde als sichergestellt gelten.

Vortr. bespricht die zurzeit bestehenden Ansichten über die Ätiologie der Erkrankung, die Ernährungs-(Avitaminose-)Infektions- und Intoxikationstheorie, geht kurz auf die im Schrifttum der letzten Jahre geäußerten Anschauungen über die Pathogenese der Pellagra ein und faßt seine Ergebnisse, wie folgt, zusammen:

Es gibt auch in Bayern versprengte Fälle von Pellagra, wie sie auch schon in anderen Gebieten Deutschlands beobachtet wurden. An diese Möglichkeit ist in erster Linie zu denken bei Fällen mit krankhaften Erscheinungen von seite des Magen-Darm-Traktes und Hautveränderungen der beschriebenen Art und Lokalisation.

Aus der Durchsicht der Literatur gewinnt man den Eindruck, daß unter Umständen anamnestische Nachforschungen auf Richtung etwaiger so-

Digitized by Google

matischer Pellagraantezedentien ein positives Ergebnis haben können, auch dort, wo eine symptomatische Psychose zur Zeit der Beobachtung nicht durch eines der genannten Begleitsymptome auf körperlichem Gebiet in besonderer Weise gekennzeichnet ist.

Aussprache: *Neubürger* (Eglfing-Haar): Hinweis auf eine gerade erschienene Arbeit von *Ceelen* über Darmveränderungen bei Pellagra; der pellagröse Symptomenkomplex (Darmatrophie und Enterocolitis cystica, Veränderungen an der Haut und am Nervensystem) hatte sich bei mehreren Insassen der Heil- und Pflegeanstalt in Bonn gefunden.

Stiefler-Linz hatte seinerzeit als Assistent der Innsbrucker Nerven- und Psychiatrischen Klinik unter Führung des Vorstandes der Klinik (Prof. Dr. *C. Mayer*) die Gelegenheit, durch mehrwöchigen Aufenthalt in Südtirol, in der Irrenanstalt in Persen (Pergine) und im Pelagrosarium in Rovreit (Rovereto) eine größere Anzahl von Pellagrakranken zu beobachten und auch pathologisch-anatomische Präparate zu verarbeiten. In psychiatrischer Hinsicht boten viele Fälle teils depressive Zustandsbilder mit Selbstmordneigung, teils auch schizophrenieähnliche Zustände mit Bevorzugung katatoner Bilder. Neurologisch überwogen funktionell-nervöse Syndrome über organische bzw. spinale Krankheitsbilder, unter denen kombinierte Systemerkrankungen im Vordergrund standen. Mehrere dieser Fälle zeigten bei der Marchifärbung verschieden starke Schollenbildung in den Seiten- und Hintersträngen. Die psychiatrische und dermatologische Klinik in Innsbruck (*C. Mayer, Merk*) und die innere Klinik in Pavia (*Devoto*) hielten damals Jahreskurse im Pellagrosarium in Rovreit für die praktischen Ärzte ab; die österreichische Regierung brachte für die Bekämpfung der Pellagra im italienischen Südtirol schwere Opfer und erzielte durch Errichtung von Bäckereien (Paneficien) und verschiedene hygienische Maßnahmen zweifellos gute Erfolge. Die Ernährung der Landbevölkerung bestand früher fast ausschließlich in Mais, der noch dazu meist nicht gereift oder verdorben war.

Kihn-Erlangen: a) Über einen Fall von Wilsonscher Krankheit mit choreiformen Bewegungstörungen.

25jähriger Schreiner, sieben Jahre lang in ununterbrochener klinischer Beobachtung. Beginn mit asozialen Handlungen. Bettelei, Streunerei, Diebstahl. Wesensveränderungen, die von den Angehörigen als erhöhte Reizbarkeit mit Neigung zu unmotivierten Zornausbrüchen beschrieben wird. In der Familie ist Trunksucht des Vaters nachweisbar, ein Bruder psychopathisch, ein weiterer Bruder mit neun Jahren an Gelbsucht verstorben. Beginn des Leidens bei Pat. etwa sieben Jahre vor dem Tode. Wegen Diebstahls polizeilich gefaßt und ins Krankenhaus. Hier nach kurzer Zeit wieder entlassen. Ein Vierteljahr später Aufnahme in anderes Krankenhaus wegen unklarer Beschwerden im Unterleib. Damals Ikterus, Leber- und Milzschwellung festgestellt, bei intaktem haematologischem Befunde. Ungefähr gleichzeitig Auftreten einer als Chorea gedeuteten Bewegungsstörung: kurze, blitzartige Zuckungen in allen Extremitäten, Unsicherheit der intendierten Bewegungen, Hypotonie. Sonst kein neurologischer Befund. Wa.R. negativ. Im Verlaufe der nun folgenden 6jährigen klinischen Beobachtung zunehmende Verstärkung der Bewegungsstörungen: aus kurzen, blitzartigen Zuckungen wird allmählich, unter mehrfachen Remissionen, ein nicht zu unter-

Digitized by Google

drückendes grobes Schlagen und Herumwerfen der Hände, aber auch des Rumpfes und Kopfes, weniger der Beine. Die Störung ist zuletzt so massiv, daß sich der Kranke ständig anhalten muß, um von dem entstehenden Bewegungsüberschuß nicht zu Boden geworfen zu werden. Der Gang ist breitbeinig, stelzig, der Fuß tritt in Ruhe in Equino-Varus-Stellung. Das Gesicht, das am Anfang des Prozesses normales Aussehen hatte, wird zunehmend maskenartig verzerrt, die Bulbi vorgetrieben, der Mund offenstehend. Erhöhte Speichelsekretion. Zeitweise Leberschmerzen. Die Sprache ist anfangs leicht sakkadiert, später ein unartikuliertes Gröhlen. Tremor bestand während der ganzen Dauer der Erkrankung nicht. Psychisch war der Kranke bei der Aufnahme intakt, auch im späteren Verlaufe der Krankheit fehlten psychische Störungen, wenigstens als Dauersymptome. Vorübergehend mehrwöchiger Verwirrtheitszustand mit erheblicher motorischer Verschlechterung, der sich später wieder ganz überraschend besserte. Im letzten Drittel der Krankheit Euphorie mit Neigung zu Witzeleien und Clownismen. Tod ziemlich überraschend innerhalb von $1^1/_2$ Tagen mit plötzlich einsetzender Bewußtlosigkeit.

Die Obduktion ergab: Herz und Lunge o. B., Leber typischer Wilsonbefund. Starke Zirrhose. Milz stark vergrößert. Keine Vermehrung der Schwermetalle in Milz und Leber bei genauer chemischer Analyse. Am Auge äußerlich kein Befund, histologisch typischer Cornealring. (Von *Fleischer* selbst festgestellt.) Gehirn im ganzen klein, chronische Leptomeningitis. Basale Ganglien im ganzen etwas klein, keine makroskopisch sichtbaren Erweichungen. Mikroskopisch: im Striatum so gut wie kein Fett, erheblicher Status spongiosus der lateralen Teile des Putamens, längs der Art. lenticulo-striata. Keine Vermehrung der Faserglia, nur im Caudatum. Erhebliche Vermehrung der Körnchenzellen, meist um die Gefäße gelegen, hier kleine Infiltrate bildend. Im Markscheidenbild Lichtung der Fasern und Untergang, schlechte Färbbarkeit. Der Prozeß reicht nicht über die äußere Kapsel hinaus. In der Rinde diffuser Parenchymprozeß, Untergang von Ganglienzellen; aber kein spongiöser Rindenschwund. Auch hier an den Gefäßen Körnchenzelleninfiltrate. Kein Fett.

b) Über makroskopische Konservierung anatomischer Präparate — in Gelatine.

Verf. beschreibt ein von ihm modifiziertes Verfahren der Gelatinekonservierung, wie es an dem Institut von *Maresch* gebraucht wird. Das Verfahren von *Maresch* hält der Verf. wegen der Schwierigkeit der Technik und der dazu erforderlichen Apparatur, namentlich auch wegen des erheblichen Zeitaufwandes für nicht zweckdienlich. An Stelle eines umständlichen Klärungsprozesses der Gelatine-Gußmasse wird die Verwendung folgenden Gemisches für den Guß empfohlen: 30 gr Gelatine zu mikroskopischen Zwecken (Merck), in 200 ccm 1% Karbolsäurelösung, verflüssigt durch Erhitzen, vorheriges Anquellen. Nach Verflüssigung Zusatz von 450 ccm reinen Glycerins und 2 ccm conz. Formols. Rasches Filtrieren durch Glaswolle.

Zunächst Herstellung kleiner Fichtenholzrahmen für die Präparate, allseitiges Bestreichen mit Mendeljeff-Lack. Nach Einsetzen der einen Glasscheibe Einfüllen der flüssigen Gußmasse bis zur halben Präparathöhe. Einlegen des Präparates aus *Kaiserling* III. Nach Erstarren der Gußmasse Aufgießen bis zum Rahmenrande und abermaliges Erstarrenlassen. Aufsetzen der Deckscheibe durch Erhitzen des Glases und Andrücken an den

Digitized by Google

Lack. Auffüllen des zwischen Gußmasse und Deckscheibe entstehenden Spaltes mit flüssiger Gußmasse, was am besten durch einen kleinen Gußkanal im Holzrahmen geschehen kann. Dieser wird zuletzt sorgfältig mit Lack verschlossen. Umkleben des Präparates. Kosten der Herstellung nicht teurer als ein Kaiserlingpräparat.

Grünthal-Würzburg: Über Gehirnveränderungen bei Pagetscher Krankheit des Schädels.

An Hand von zwei Fällen mit Pagetscher Krankheit der Schädelknochen wird nachgewiesen, daß es bei den typischen Veränderungen des Schädelgrundes dieser Erkrankung einen wohl typischen Gehirnbefund gibt. Es besteht infolge der Konvexobasie eine Eindrückung des basalen Zwischenhirns und der Brücke, wie auch der Vierhügelgegend, die jedoch selbst in fortgeschrittenen Fällen keine histologisch nachweisbaren Gewebsausfälle verursacht. Die Einstülpung der Halswirbelsäule und des Rahmens des Hinterhauptloches in das Schädelinnere bewirkt außerdem eine Pressung des Kleinhirns an bestimmten Stellen. Auch hier ist das Gewebe der Rinde wesentlich nur an Orten allerstärksten Druckes geschädigt. Im allgemeinen sind elektiv die Purkinjezellen und ihr bis zum Nucleus dentatus reichendes Neuron geschwunden. Es besteht also das Bild einer systematischen Kleinhirnatrophie. Die Purkinjezellen scheinen gegen Druck besonders empfindlich zu reagieren (Pathoklise). Man wird klinisch bei Pagetscher Krankheit stets auf Kleinhirnzeichen zu fahnden haben, die bisher ziemlich übersehen worden sind. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt in Z. Neur.).

Aussprache: *Neubürger* (Eglfing-Haar): Hinweis auf die Beziehungen der Ostitis deformans zur juvenilen amaurotischen Idiotie (vgl. die Arbt. von *Zierl*, Z. Neur. *131*, 1930).

Guttmann-München: Bei einem Fall von Pagetscher Krankheit, bei dem isoliert der Schädel befallen war, bestand ausgesprochener cerebraler Schwindel als einziges neurologisches Symptom. Die vorgetragenen Befunde werfen ein interessantes Licht auf das der Störung zugrunde liegende Substrat.

Stauder-München: Klinische Bemerkungen über Ostitis deformans (Paget) des Schädels.

Die Schädelknochenerkrankung kann auf zwei verschiedenen Wegen zu neurologischen Störungen führen: Erstens durch die sogenannte »basilare Impression« (wie in den Fällen von *Grünthal*), zweitens durch direkte Verlegung der Foramina der Schädelbasis mit darausfolgenden lokalen Druckschädigungen der Hirnnerven.

Es wird weiter berichtet über zwei einschlägige Fälle der Münchener Klinik, die trotz fortgeschrittener Knochenerkrankung (Demonstration von Röntgenbildern) als einzigen neurologischen Befund jeweils horizontalen Nystagmus aufwiesen. Beide Kranke zeigten dagegen auffällige psychische Störungen: der eine (identisch mit Fall 2 von *Grünthal*), ein delirantes Zustandsbild, der andere das Bild einer fortgeschrittenen organischen Hirnerkrankung.

Es wird auf ähnliche Fälle der Literatur verwiesen.

Für die Entstehung der psychischen Störungen wird die allgemeine Hirndrucksteigerung in Betracht gezogen werden müssen. (Die Fälle der Münchener Klinik werden noch ausführlich publiziert).

Digitized by Google

Heyde-Würzburg: Extrapyramidalmotorische Störungen nach Hirntrauma.

Die Diskussion der traumatischen Entstehung von Parkinsonismus ist, wie mit Bing betont werden muß, zu trennen in die Frage der traumatischen Verursachung einzelner oder kombinierter Parkinsonsymptome und in die Frage der traumatischen Entstehung des klinisch einheitlichen, progredienten Krankheitsbildes der Paralysis agitans.

Unter 1500 Unfallbegutachtungspatienten befanden sich nur 32 mit extrapyramidalmotorischen parkinsonähnlichen Symptomen, obwohl z. B. 1930 58 % der Unfallpatienten einen Schädelunfall erlitten hatten. Unter diesen 32 Fällen befanden sich 10 mit sicherer Encephalitis vor dem Unfall, und 6 Hirnarteriosklerotiker. In 2 Fällen handelte es sich um Anlagemißbildungen; nur 10 Fälle litten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an echter Paralysis agitans, nur 2 von ihnen haben sicher, einer wahrscheinlich ein Schädeltrauma erlitten, keiner ein schwereres. In keinem einzigen Falle konnte ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit als sicher oder wahrscheinlich angesehen werden, weder hinsichtlich Art und Schwere des Unfalls, noch hinsichtlich des zeitlichen Zusammenhanges. Die Begründung dieses Standpunktes an Hand der Einzelfälle erfolgt an anderer Stelle.

Andererseits ist unter den sämtlichen bearbeiteten Fällen von schwerem Schädeltrauma, schwerer Hirnerschütterung, Hirnverletzung, unter insgesamt 646 Fällen, keine einzige Paralysis agitans zu finden, und auch aus der Literatur ist kein wirklich beweisender Fall bekannt geworden. Außerdem existiert noch der *Kehrer*sche Fall einer sicheren Paralysis agitans, die durch ein schweres Schädel-Hirntrauma nicht dauernd verschlimmert wurde. Alle diese Feststellungen berechtigen zu allergrößter Skepsis in der Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und echter Paralysis agitans; trotzdem soll mit diesen statistischen Ergebnissen ein solcher Zusammenhang nicht grundsätzlich und für jeden Einzelfall bestritten werden. Es ist aber daran festzuhalten, daß in der Begutachtungspraxis ein ursächlicher Zusammenhang nur dann als möglich oder wahrscheinlich anerkannt werden darf, wenn bei einem erblich nicht belasteten, klinisch vorher erwiesen gesunden Patienten nach einem schweren Schädel-Hirntrauma mit entsprechender Hirnreaktion die Krankheit innerhalb von Wochen bis Monaten manifestiert wird.

Es werden dann 4 Fälle eingehend beschrieben, bei denen ein Zusammenhang zwischen extrapyramidalmotorischen Symptomen und vorhergegangenem Unfall sehr wahrscheinlich schien.

Bei dem ersten Fall entwickelte sich nach einem schweren Schädel-Hirntrauma (Contusio) mit heftigen akuten Hirnsymptomen innerhalb von 4—5 Monaten ein nach einem Jahr stationäres Zustandsbild mit extrapyramidalen und schweren psychischen Störungen.

Der zweite Fall zeigt nach einer sehr schweren Hirnverletzung neben anderen schweren neurologischen Symptomen Rigidität und Tremor und eine Reihe psychischer Störungen.

Bei dem dritten Fall besteht ein höchst eigenartiges und auffallendes monosymptomatisches Zustandsbild. Nach einer sehr schweren Hirnkontusion mit heftigsten akuten Hirnsymptomen blieb nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen ein eigenartiger organischer Wackeltremor des rechten Armes zurück, der nunmehr 37 Jahre lang vollkommen unverändert besteht. Der gesamte übrige Befund ist vollkommen negativ.

Digitized by Google

Bei dem vierten Fall handelt es sich um einen Starkstromunfall mit akuten Hirn- u. a. auch Hirnstammsymptomen. Nach Abklingen der akuten Symptome verblieben ticartige Bewegungen der Stirnmuskulatur und myoklonusähnliche Bewegungen beider Masseteren, ferner ein ebenfalls organischer Tremor der rechten Hand. Auch in diesem Falle war keine Progredienz festzustellen. Eigenartige paranoid-psychotische Symptome, die ein halbes Jahr nach dem Unfall deutlich wurden, bildeten sich weitgehend zurück.

Aussprache: *Lotmar*-München: Wenn der Herr Vortr. über eigene positive Beobachtungen zugunsten eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Traumen und Paralysis agitans nicht berichten kann, so werden dadurch die im positiven Sinne sprechenden Fälle anderer Beobachter in ihrem Werte nicht geschmälert. Bedeutsam ist, daß auch *F. Stern* in seiner vor kurzem erschienenen kritischen Sichtung des bisherigen Materials sich zugunsten der Möglichkeit einer Verursachung durch schwere Schädeltraumen und schwere psychische Traumen ausgesprochen hat. Daß die traumatischen Fälle gegenüber den nichttraumatischen vielleicht eine Sonderstellung einnehmen, wenn wir auch das klinische Bild beider Gruppen einstweilen nicht differenzieren können, das würde ich als eine diskutierbare Möglichkeit gelten lassen. Meinen früheren Fällen kann ich einen seither beobachteten hinzufügen: 36jähriger Mann, starkes Schädeltrauma in Stirngegend mit Fraktur des Nasenbeins und Weggeschleudertwerden, wodurch noch Kontusion in der Hinterhauptgegend; keine Bewußtlosigkeit, aber sonstige ausgesprochene allgemeincerebrale und besonders vasomotorische Nachwirkungen von längerer Dauer; etwa 6 Wochen nachher Einsetzen von striärem Tremor im r. Arm zunächst intermittierend, in den folgenden 2—3 Jahren Ausdehnung auf r. Bein, dann l. Glieder mit Rigor usw.; keinerlei Anhalt für Vorbestehen; alle differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Momente sprechen zu ungunsten von enc. Parkinsonismus. Daß solche Fälle unter der Gesamtzahl der Schädeltraumen, selbst der schweren, häufig seien, ist m. W. nie behauptet worden, und würde auch meinen eigenen Erfahrungen widersprechen.

Weiler-München stimmt mit dem Vortr. dahin überein, daß in den Fällen, die Krankheitsbilder darbieten, wie wir sie nach Grippeerkrankung sehr häufig auftreten sahen, nur der Nachweis eines engeren zeitlichen und sonstigen Zusammenhanges mit dem etwaigen Unfall unter gebührender Bewertung seiner Schwere zu der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Trauma und Hirnerkrankung berechtigt. Zu dieser Stellungnahme sieht er sich umsomehr veranlaßt, als gerade seit den Grippeepidemien, die auch zu encephalitischen Störungen Anlaß gaben, die Frage des Zusammenhanges zwischen Trauma und derartigen Erscheinungen sehr oft eine Rolle spielt, während dies vor der Zeit der Grippeepidemien nur ganz selten der Fall war.

Lotmar-München: Gegen die Annahme, daß die neueren Fälle traumatisch ausgelöster Paralysis agitans sämtlich vielmehr epidemisch-encephalitischer Natur seien, wird man schon deshalb die stärksten Bedenken haben müssen, weil das hier in Rede stehende Problem in genau gleichender Weise schon in der vorencephalitischen Zeit bestanden hat; und doch kann damals aus naheliegenden Gründen eine Beimengung encephalitisch bedingter Fälle zur Gesamtzahl der Parkinon-Syndrome nicht bestanden haben; somit können

Digitized by Google

auch die damaligen, als traumatisch verursacht beschriebenen Fälle nicht encephalitischer Natur gewesen sein. — Der in Rede stehende ursächliche Zusammenhang an sich kann m. E. durch klinische Gründe allein genügend gesichert werden; die pathologische Anatomie kann weitere Stützen liefern und für die Deutung des feineren Mechanismus jenes Zusammenhangs sehr bedeutsam werden. — Festlegung exclusiv formulierter Bedingungen für die gutachtliche Anerkennung des ursächlichen Zusammenhanges würde übrigens heute, wo die wissenschaftliche Bearbeitung dieser Fragen noch in den Anfängen steht, Gefahr laufen, als Hemmnis für ihr Fortschreiten zu wirken.

Grünthal-Würzburg: Herrn Dr. *Lotmar* möchte ich erwidern, daß bei aetiologisch nicht ganz klaren Fällen von Parkinsonismus, wie sie hier in Frage kommen, das letzte Wort in diesem Punkte wohl die Anatomie zu sprechen hat. Jedenfalls dürfte es fast stets möglich sein, unter dem Mikroskop eine traumatische Narbe von den Folgen der Encephalitis epidemica zu unterscheiden.

Schlußwort: *Heyde*-Würzburg: Man muß davon ausgehen, daß — und zwar auch in der älteren Literatur — in der Vorgeschichte der Paralysis agitans-Kranken nur in einer Minderzahl ein Unfall überhaupt angegeben wird. Es muß also für die Annahme eines Zusammenhangs eine positive Beweisführung verlangt werden, und es ist an den angegebenen Bedingungen, unter denen allein die Annahme eines Zusammenhangs möglich oder wahrscheinlich ist, unbedingt festzuhalten, solange nicht ein klarer Gegenbeweis erbracht ist. Die *Lotmar*schen Fälle erbringen ihn nicht, wie bereits in der Literatur *(Kehrer, Moser)* betont ist. Zu dem ersten *Lotmar*schen Fall ist noch zu bemerken, daß wir über Beobachtungen verfügen, nach denen erst 9 Jahre nach einer Encephalitis die ersten Parkinson-Symptome aufgetreten sind.

v. Braunmühl (Eglfing-Haar): Picksche Krankheit und amyotrophische Lateralsklerose.

Ein früher gesunder Mann wurde Anfangs des 40. Lebensjahres erstmals psychisch auffällig. Er vernachlässigte sein Geschäft, warf das Geld hinaus, log sinnlos, vollführte Diebstähle, belästigte hochgestellte Personen mit Briefen. Bei einem ersten, kurzen Sanatoriumsaufenthalt ergab die neurologische Untersuchung nichts; die WaR. war in Blut und Liquor negativ. Psychisch fiel der Kranke vor allem durch seine gehobene Stimmung, seine eigentümlich naiv-burschikose Art, seine Vorliebe für zweideutige Witze auf. Auch im Sanatorium stahl der Kranke, was er erwischen konnte, mit Vorliebe Bilderbücher. Nach zwei Monaten Entlassung mit der Diagnose Hypomanie mit kleptomanischen Zügen. Bald darauf Anstaltsaufnahme. In der Anstalt war das Zustandsbild lange Jahre unverändert. Der Kranke war allseits orientiert. Was immer wieder auffiel, war die dauernd gehobene Stimmungslage, die völlige Gleichgültigkeit für seine und seiner Familie Angelegenheiten, die ungewöhnliche Urteilsschwäche. Kritiklos verschenkte der Kranke Autos, Pelze, Geld nach Tausenden und Millionen. Schon früh perseverierte der Kranke. Später waren »stehende Redensarten« außerordentlich charakteristisch. Die verschiedenen, allwöchentlich wechselnden Sprüchlein wurden zu jeder Zeit von dem affektiv sehr gut ansprechbaren Kranken vorgetragen. Gelang es, den Patienten zu fixieren, überraschten die Antworten.

Digitized by Google

Die Diagnose stand lange Zeit nicht fest. Man dachte an eine Paralyse, an einen psychischen Schwächezustand auf dem Boden eines manisch-depressiven Irreseins, an eine alkohologene Gehirnschädigung. Schließlich wurde die Diagnose Picksche Krankheit gestellt, und nach dem ganzen klinischen Bild eine Stirnhirnatrophie angenommen. Viel eindrucksvoller als der in den letzten zwei Jahren schneller fortschreitende Verblödungsprozeß war ein Befund, der drei Monate vor dem Tode des Patienten erhoben werden konnte. Es handelte sich um das Bild einer amyotrophischen Lateralsklerose mit vorwiegend spastischen Erscheinungen in den unteren, und vorwiegend atrophischen Zuständen in den oberen Extremitäten. Klinische Diagnose: Picksche Krankheit (Stirnhirnatrophie) + amyotrophische Lateralsklerose. Anatomisch: Stirnhirnatrophie im Sinne der Pickschen Krankheit, namentlich rechts; geringe Atrophie der vorderen Zentralwindungen. Makroskopisch kenntliche Atrophie des Rückenmarks, im Bereich der Halsanschwellung. Histologisch: Im Stirnhirnbereich atrophisierender Prozeß mit schwerer Schädigung der oberen Rindenanteile. Schwere zytoarchitektonische Störungen in der Area praecentralis. Die Riesenpyramidenzellen bis auf einzelne atrophische Exemplare verschwunden. Pyramidenbahn beiderseits degeneriert, und zwar nucleodistal stärker. Motorische Vorderhornzellen vermindert. Die Zellarmut erscheint in den zervikalen Segmenten am ausgeprägtesten. Degenerative Erscheinungen in peripzeren Nerven und in der Muskulatur. Entzündliche Erscheinungen fehlen völlig. Keine Plaques, keine A. F. V. — Leitsätze: 1. Heredodegenerative Erkrankungen zeigen die Tendenz, in Kombination aufzutreten (vgl. Huntingtonsche Krankheit im Verein mit Friedreichscher Ataxie). Für den mitgeteilten Fall von Pickscher Krankheit mit amyotrophischer Lateralsklerose heißt das: Eine in ihrer Kerngruppe zweifelsohne heredodegenerative Erkrankung wie die amyotrophische Lateralsklerose, die in mittleren Lebensjahren zu beginnen pflegt und anatomisch durch einen schleichenden Parenchymuntergang ausgezeichnet ist, pfropft sich auf eine Erkrankung, deren heredodegenerative Natur man mutmaßt. Damit bekommt man von der anatomischen Seite her einen brauchbaren Wink für die Gruppierung der Pickschen Krankheit, die sich neben die sicheren Erbleiden wie Huntingtonsche Krankheit und Pierre-Mariesche Kleinhirnatrophie stellt (vgl. dazu den kürzlich mitgeteilten Fall Ver-Haarts von Pickscher Krankheit [Stirnhirnatrophie] in Kombination mit Atrophie neozerebellarer Kleinhirnanteile). 2. Daß bei der Pickschen Krankheit die sog. Projektionsfelder vom atrophisierenden Prozeß weitgehendst verschont werden, steht heute fest. Werden neben den besonders frühzeitig geschädigten »menschlichen« Anteilen der Rinde einmal stammesgeschichtlich alte Hirnbezirke vom atrophisierenden Prozeß befallen, so darf vielleicht ein Vergleich mit der amyotrophischen Lateralsklerose gezogen werden. Neben der, phylogenetisch jüngeren, feineren Funktionen vorstehenden Pyramidenbahn erkrankt hier auch die alte, gemeinsame, motorische Endstrecke. 3. Über den Problemkreis der Pickschen Krankheit hinaus erscheint es bemerkenswert, daß eine Reihe von Fällen praeseniler Verblödung, wie sie im Schrifttum verzeichnet sind, eine mehr oder weniger ausgesprochene Mitbeteiligung der cortico-motorischen Bahn aufweisen. (Fälle von *Barret, Schnitzler*!) Man tut gut, solche Fälle für eine spätere Systematisierung herauszustellen. Trotz Plaques und Fibrillenbefund darf man diese auch klinisch recht eigenartigen Fälle nicht ohne weiteres der Alzheimerschen

Digitized by Google

Krankheit zuweisen. 4. Für eine Differenzierung unklarer organischer Erkrankungen des Praeseniums und Seniums mag auf die Miterkrankung motorischer Systeme geachtet werden. Rein anatomische Kriterien (Plaques, Fibrillenveränderungen, argentophile Kugeln) reichen für eine Einordnung der Fälle keineswegs aus.

Neubürger (Eglfing-Haar): Zur histologischen Schnelldiagnose einiger psychiatrisch wichtiger Hirnerkrankungen.

Gestatten Sie, daß ich Ihnen heute nicht mit einem hochwissenschaftlichen Vortrag aufwarte, sondern Ihnen etwas aus dem praktischen Betriebe unserer Prosektur vorführe. Ich möchte Ihnen kurz über die Wege berichten, die wir zur raschen mikroskopischen Erkennung einiger zerebraler Erkrankungen benutzen, und zwar vorwiegend solcher Erkrankungen, die ein besonderes psychiatrisches Interesse beanspruchen. Dabei berücksichtige ich nicht die ziemlich zahlreichen Erkrankungen, die sich mit Sicherheit bereits makroskopisch diagnostizieren lassen.

In früheren Jahren pflegte man sich, wenn man dem Histopathologen ein Gehirn zur mikroskopischen Untersuchung anvertraute, mit dem Gedanken abzufinden, daß eine solche zumindest einige Monate in Anspruch nehmen müsse. Erfuhr man dann nach geraumer Zeit das Resultat, so war oft genug der betreffende Fall schon wieder fast in Vergessenheit geraten, und die Ergebnisse der histologischen Untersuchung wurden weniger gewürdigt, als das bei rascher anatomischer Erledigung der Fall gewesen wäre, in einem Zeitraum, wo das Interesse für die betreffende klinische Beobachtung noch wach war.

Diese Erfahrung bildete einen Grund für uns, die histologische Diagnostik bestimmter Hirnkrankheiten zu beschleunigen, um so mehr, als wir um schnelle Erledigung von den Einsendern oft direkt gebeten wurden, z. B. in gutachtlich wichtigen Fällen. Aber es fanden sich noch weitere Gründe. Zunächst zeigte es sich im Laufe der Jahre, die seit Gründung unserer Prosektur vergangen sind, daß sich eine sehr große Zahl von Fällen mittels einfacher und nur kurze Zeit beanspruchender Methoden histologisch vollkommen befriedigend klären ließ, so daß sich eine umständlichere Verarbeitung oft gar nicht gelohnt hätte. — Und ein leider recht gewichtiger Grund war die zunehmende Knappheit unserer Geldmittel, die uns, neben anderen bedauerlichen Einschränkungen, dazu zwang, von den verhältnismäßig kostspieligen Einbettungen in der Regel abzusehen.

Nun möchte ich natürlich einer histologischen Schnelldiagnostik keineswegs für alle Fälle das Wort reden. Eine gewisse Zahl schwierigerer Fälle, darunter auch z. B. manche perakut verlaufende Psychosen ohne somatische Befunde, werden nach wie vor exakte Untersuchung, z. T. am eingebetteten Material mit den seit Jahren bewährten Methoden erfordern, ehe man zu einem Resultat kommt (oder mitunter auch nicht kommt), und für wissenschaftlich wertvolle Fälle ist das gleiche Vorgehen eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Aber beim täglichen Brot, wenn ich so sagen darf, kommt man doch mit ganz primitiver Methodik aus. Der Arzt will z. B. zunächst einmal wissen: War dieser Fall eine Paralyse, jener ein Alzheimer u. dgl.; und das sind Fragen, die wir im allgemeinen recht rasch beantworten können.

Wie wir das machen, dafür möchte ich Ihnen mit Hilfe typischer

Digitized by Google

Bilder einige Beispiele geben. Es liegt in der Natur der Sache, daß die Bilder nichts prinzipiell Neues zeigen können, sondern nur vor Augen führen sollen, wie man mit einfacher Methodik zu sicheren Resultaten gelangt. Ich betone, mit einfacher Methodik; die Diapositive sind ausschließlich von gewöhnlichen Formol-Gefrierschnitten gewonnen, die bald nach der Sektion, bzw. nach dem Eingang der Untersuchungsobjekte, bei uns angefertigt und den üblichen Färbungen unterzogen werden; in erster Linie mit Kresylviolett zur Zelldarstellung und mit der Schnellversilberungsmethode, die Herr Kollege *von Braunmühl* zur Darstellung der senilen Drüsen und der Fibrillenveränderungen ausgearbeitet hat. Daneben kommen Fett-, Markscheiden-, Gliafaserfärbung zur Anwendung. Also lauter Methoden, mit denen man notfalls schon ein paar Stunden nach der Sektion beginnen kann. Brauchbare Kresylviolett- bzw. Silberpräparate kann man am Tage nach der Sektion stets mühelos in Händen haben; man sieht dann schon ungefähr, woran man ist, und das Material kann, falls erforderlich, für alle wichtigeren, mehr Zeit beanspruchenden Methoden vorbereitet werden; die kurze Formolfixierung bildet für die spätere Gewinnung guter Zellpräparate vom Kolloidinblock kein Hindernis.

Es folgt die Demonstration von 23 Diapositiven, welche die mittels histologischer Schnelldiagnostik erkennbaren Veränderungen bei folgenden Krankheiten veranschaulichen sollen: Paralyse, senile Demenz, Alzheimersche Krankheit, Epilepsie, Eklampsie, Fettembolie, Alkoholismus, Tumormetastasen, chronische Encephalitis epidemica, diffuse Sklerose. Besonderer Wert wird hierbei auf die heute, z. T. infolge der Therapie, erschwerte mikroskopische Erkennung der Paralyse gelegt, ferner auf die Leichtigkeit, mit der senile bzw. praesenile sowie alkohologene Prozesse am Gefrierschnitt ermittelt werden können. Vortr. hofft, durch seine Demonstration gezeigt zu haben, daß man mit einfacher Methodik rasch zu praktisch gut brauchbaren Ergebnissen gelangen kann.

Spatz-München: Über Leuko-Encephalitis concentrica.

Vorläufige Mitteilung eines Falles dieser anscheinend sehr seltenen, von dem ungarischen Pathologen *Baló* in den Archives of Neurol. and Psychiatr. 19, 242, 1928 beschriebenen Krankheit. — Unser 24 Jahre alter Patient erkrankte fünf Wochen vor seinem Tode mit zunehmenden Lähmungserscheinungen zuerst an der oberen, dann auch an der unteren Extremität der rechten Seite, motorischer Aphasie, völliger doppelseitiger Fazialislähmung, Schluck- und Kaustörung. Das Sensorium blieb dabei völlig frei. Im Liquor eine Zellvermehrung von 142/3 Zellen. — Bei der vor kurzem vorgenommenen Sektion, welche durch den behandelnden Arzt, Herrn Dr. *K. Fritz*, ermöglicht wurde, fand sich außer einer leichten Meningitis in der weißen Substanz der beiden Hemisphären (in nicht symmetrischer Ausdehnung) ein ebenso charakteristisches wie ungewöhnliches Bild: unregelmäßig gestaltete Lamellen von grauer Farbe legen sich als konzentrische Ringe oder Halbringe aneinander, in dem immer zwei graue Lamellen von einem Streifen unveränderter weißer Substanz geschieden werden. Das Bild erinnert an den Querschnitt eines Baumstumpfes oder an einen Achatschliff. Die vorläufig nur an Gefrierschnitten durchgeführte mikroskopische Untersuchung ergibt, daß in den grauen Lamellen die Markscheiden so gut wie vollkommen zugrunde gegangen sind, während die Achsenzylinder viel we-

Digitized by Google

niger betroffen wurden. Sehr viel Fett in der mächtig gewucherten Glia, z. T. in freien Gitterzellen; in den Gefäßscheiden reichlich Lymphozyteninfiltrate. Die Veränderungen entsprechen, auch mikroskopisch, durchaus denen, welche *Baló* in seinem Fall vor drei Jahren beschrieben hat (außer in diesem ist das Bild bisher nur noch zweimal, aber nicht in so reiner Form, gesehen worden). — Die ätiologisch noch vollkommen ungeklärte »Leuko-Encephalitis concentrica« gehört in die große Gruppe der »Entmarkungskrankheiten«, sie unterscheidet sich aber von allen anderen Formen dieser Sammelgruppe durch die höchst eigenartige Anordnung der Entmarkungsherde. Gegenüber der multiplen Sklerose ist u. a. auch besonders zu bemerken, daß der Prädilektionsort der letzteren, nämlich die unmittelbare Umgebung der Seitenventrikel — Winkel, bei der Leuko-Encephalitis concentrica vollkommen intakt bleibt; die Veränderungen beschränken sich bei der letzteren ganz auf das Hemisphärenmark. Enger sind die Beziehungen zur diffusen Sklerose, worauf schon *Baló* hingewiesen hat. — Eine ausführliche Publikation unseres Falles soll erfolgen, wenn die Untersuchung abgeschlossen sein wird; dann soll auch auf die Diskussion der besonderen pathogenetischen Bedingungen eingegangen werden, welche zu einer solchen merkwürdigen konzentrischen Anordnung der Herde führen können.

Störring-Würzburg: Der Arbeitsschreiberversuch als klinische Hilfsmethode zur Diagnose von Hirnverletzungen.

Wenn auch von verschiedenen Autoren (*Poppelreuter, Otten, Dubitscher* u. a.) festgestellt werden konnte, daß die absolute Höhe der Arbeitsleistung von Hirnverletzten am Handdynamometer im allgemeinen gegen die Norm herabgesetzt ist, so verliert doch diese Tatsache an Wert als diagnostisches Hilfsmittel bei Begutachtung Erwerbsbeschränkter aus folgenden Gründen: 1. gibt es sicher Hirnverletzte, die Arbeitsleistungen vollziehen können, welche weit über der Norn liegen, 2. kann eine etwas geringe Arbeitsleistung noch aufgefaßt werden als eine normale, die sich nur an den unteren Grenzen der Norm bewegt, 3. weiß man nie sicher, ob sich jemand bei der Arbeit maximal anstrengt oder nicht. Der dritte Punkt fällt vor allem bei Begutachtungspatienten ins Gewicht. Es ist psychologisch verständlich, wenn gerade Begutachtungspatienten nicht einen besonders leistungsfähigen Eindruck erwecken wollen, ganz im Gegensatz zu normalen Vpn., die meist einen gewissermaßen sportlichen Ehrgeiz zeigen. Um die unter drei erwähnte Frage zu entscheiden, genügt die Beobachtung des Gesamtverhaltens nicht. Wir sind deshalb in unseren Versuchen insbesondere der Frage nachgegangen, ob es sich objektiv annähernd feststellen läßt, mit welchem Grad von Anstrengung jemand arbeitet.

Wir verwandten zu unseren Versuchen trotz gewisser Nachteile, die wir kennen, einen Handergographen (nach Angabe von *Klemm*, Heinrich Diel, Leipzig). Dieser Apparat hat im klinischen Gebrauch gegenüber Dynamometern den großen Vorteil, daß der zurückgelegte Arbeitsweg abgelesen und bei dem konstanten Gewicht die geleistete Arbeit leicht errechnet werden kann, und daß die Arbeitsbewegungen der Hand auf einen Papierstreifen verzeichnet werden, der sich bei jeder Pressung um den gleichen Grad fortbewegt. Man erhält so eine Kurve. — Wir arbeiteten unter zwei verschiedenen Versuchsanordnungen: bei der einen ließen wir nur gegen den konstanten Widerstand von 10 kg (geringe Belastung) arbeiten, bei der anderen be-

Digitized by Google

lasteten wir außerdem noch mit 6 kg, so daß im ganzen gegen den konstanten Widerstand von 16 kg (starke Belastung) gearbeitet wurde. Von den Patienten verlangten wir in jedem Falle 100 Pressungen bei maximaler Anstrengung. Nach 50 Pressungen wurde eine Pause von einigen Sekunden eingelegt, um die bis dahin geleistete Arbeit ablesen zu können. So weiß man, wieviel in der ersten und wieviel in der zweiten Arbeitshälfte geleistet wurde. Die Vpn. wurden angewiesen, die Pressungen im 2-Sekundentakt eines Metronoms auszuführen.

Von Normalen wurde unter zwei verschiedenen Anweisungen gearbeitet. Das eine Mal mit maximaler Anstrengung, das andere Mal wurde ohne Bemühung, ganz leger, gepreßt. Die Versuche mit der leichten Belastung ergaben folgendes: Bei maximaler Anstrengung erhielten wir übereinstimmend ein hohes Kurvenniveau und (bei dieser geringen Belastung!) gegen Ende der 100 Pressungen gar kein oder fast kein Absinken der Kurve. Ein eintretendes Gefühl der Ermüdung wurde von den Vpn. überkompensiert. Wurde instruktionsgemäß leger gearbeitet, so fand sich ein niedriges Kurvenniveau und meist noch ein Absinken der Kurve, dabei subjektiv keine Ermüdung. — Die Kurven von Begutachtungspatienten, die sich wenig anstrengen (keine groben Simulanten!) sehen ähnlich aus wie die Kurven Normaler, die instruktionsgemäß leger arbeiteten. Meist bekamen wir solche Kurven von sicher nicht hirnverletzten Begutachtungspatienten. — Die meisten der sicher hirnverletzten Begutachtungspatienten lieferten Kurven wie Normale, die sich anstrengen. Störungen wiesen bei dieser geringen Belastung nur auf: zentrale Paresen, auch wenn keine manifesten Erscheinungen mehr vorlagen, die Differenzen zwischen rechts und links zeigten und manche Stirnhirnverletzte mit Antriebsstörungen, die unregelmäßige Kurven hatten. Stumpfe Stirnhirnverletzte hatten zuweilen ähnliche Kurven, wie sie grobe Simulanten liefern (ganz niederes Niveau). Das Hauptunterschiedmerkmal bleibt hier Beobachtung des Gesamtverhaltens.

Bei den Versuchen mit der starken Belastung finden wir zunächst bei Normalen ungefähr dieselben Kurven wie bei der geringen Belastung, nur daß die Kurven in der zweiten Arbeitshälfte mehr oder minder stark absinken, durchschnittlich 10%, links noch stärker als rechts. In der zweiten Arbeitshälfte tritt ein starkes subjektives Müdigkeitsgefühl auf, gegen das heftig angekämpft wird. Wird unter dieser Versuchsanordnung jedoch ganz leger gearbeitet, so findet sich noch ein stärkeres Absinken als unter derselben Anweisung bei geringer Belastung. Hier fehlt das Ankämpfen gegen das bei dieser Versuchsanordnung sonst schon früh auftretende Müdigkeitsgefühl. — Begutachtungspatienten, die sich keine Mühe geben, arbeiten hier ebenso wie die Normalen bei legerer Arbeit. Bei der starken Belastung leisten sicher Hirnverletzte recht häufig weniger als Normale. (Ausnahmen!) Im Beginn der Arbeit zeigen sie auch bei anfänglich hohem Niveau im allgemeinen ein geringes Absinken der Kurve (im Gegensatz zu Begutachtungspatienten, die ohne Mühe arbeiten), in der zweiten Hälfte dagegen ein abnorm starkes Absinken.

Bei einem Vergleich der Kurven mit geringer und starker Belastung läßt sich am ehesten eine Diagnose stellen, wieviel jemand am Arbeitsschreiber leisten kann und leisten will. Wir fanden charakteristische Unterschiede an den Kurven, die einen Schluß darauf zulassen, ob sich jemand angestrengt hat oder nicht. Man sieht weiter, daß die Kurven, die von demselben Hirn-

Digitized by Google

verletzten bei geringer und dann bei starker Belastung gewonnen werden, meist in einem richtigen Verhältnis zueinander stehen, was die Höhe der Leistung anbetrifft, während bei den Leuten, die sich keine rechte Mühe geben, die Leistungen bei den verschiedenen Belastungen inkongruent sind.

Es wurde bei der Arbeit am Ergographen auch genau darauf geachtet, ob der Metronomtakt richtig eingehalten wurde. Bei den meisten Hirnverletzten (aber auch bei schwachsinnigen Patienten) sahen wir häufig, daß das Einhalten des Metronomtaktes mit Schwierigkeiten verbunden war. Angeregt durch eine Arbeit von *F. J. Wertham* (Journal of Nervous and Mental Desease Vol. 69 Nr. 5 1929) prüften wir bei allen Patienten, die wir ergographisch untersuchten, die Fähigkeit, den Takt zu Rhythmen zu schlagen, indem wir die Patienten aufforderten, vorgeklopfte einfache Rhythmen nachzuschlagen. Wir benutzten Jamben, Trochäen, Daktylen und kompliziertere Rhythmen. Bei sicher Hirnverletzten jeder Art, nicht nur bei zerebellar geschädigten, fanden wir bisher sehr häufig eine Rhythmusstörung.

Aussprache: *Weiler*-München erinnert daran, daß er als erster einen für die praktische Benützung brauchbaren Arbeitsschreiber konstruierte, mit dem er auch Versuche bei Hirngeschädigten anstellte. In einem Vortrag gelegentlich der Jahresversammlung des Vereins für Psychiatrie in Frankfurt a. M. im April 1907 konnte er berichten, daß sich bei schwereren Hirnverletzten mit seinem Arbeitsschreiber vielfach eine erhebliche Steigerung der Ermüdbarkeit einwandfrei feststellen ließ. *W.* glaubt die vom Vortr. benützte Methode für nicht so geeignet erachten zu dürfen als seine eigene, da jene keine rechte Anpassung an die absolute Kraft des zu Untersuchenden gestattet und infolgedessen vergleichbare Ermüdungswerte mit ihr nicht in dem gewünschten Umfange gewonnen werden können.

Schlußwort: *Störrung*-Würzburg: Herrn Dr. *Weiler* ist zu erwidern, daß mir der Unterschied des Weilerschen und des von uns benutzten Arbeitsschreibers bekannt ist. Ganz maximale Leistungen können bei unserer starken Belastung anfänglich nicht erzielt werden. Bei einsetzender Ermüdung, in der zweiten Arbeitshälfte, sind aber die Arbeitsleistungen maximale. Der von uns verwandte Apparat ist klinisch brauchbarer, da er unter unseren Versuchsanordnungen ohne langwierige Rechnungen innerhalb einiger Minuten brauchbare Resultate liefert.

3. Sitzung: (19. Juli, vormittags).

Geschäftliches: *Weber* (Eglfing-Haar) erstattet den Kassenbericht: Einnahmen: 1383,50 RM., Ausgaben: 737,19 RM. Vermögensbestand in Bargeld: 646,31 RM. Besitz in Pfandbriefen: 600 RM.

Die Abrechnung wird von *Stöckle*-Lohr nachgeprüft und dem Kassierer Entlastung erteilt.

Jahresbeitrag: 3 RM., Mitgliederzahl: 152.

Für die nächstjährige Tagung liegt eine Einladung von Direktor *Eisen*-Regensburg und eine von Direktor *Hock*-Bayreuth vor. Der Vorsitzende dankt beiden Herren verbindlichst für die freundliche Einladung. Die Versammlung entscheidet sich gemäß Antrag des Vorsitzenden für Regensburg, da diese Einladung früher ergangen ist, und eine Versammlung in Oberfranken erst 1928 stattgefunden hat.

Einer Anregung von Herrn Oberbürgermeister Dr. Merkt-Kaufbeuren

Digitized by Google

folgend, der leider am persönlichen Erscheinen verhindert ist, spricht sodann *Faltlhauser*-Kaufbeuren zur Frage der Sterilisierung geistig Abnormer: Inwieweit können wir Psychiater nach dem Stande unseres heutigen Wissens eine Sterilisierung von geistig Abnormen aus eugenischen Gründen empfehlen?

Die stets wachsenden Lasten der öffentlichen Fürsorge für die geistig Abnormen und die allgemeine Not der Zeit (in Deutschland müssen jährlich 150—160 Millionen RM. für die geschlossene Geisteskrankenfürsorge aufgewendet werden) haben Veranlassung gegeben, die Frage der Sterilisierung der geistig Abnormen aus eugenischen Gründen erneut zu prüfen. Die Aufgabe des Vortrages wird darin erblickt, das in der umfangreichen Literatur Gegebene zusammenzufassen und das Tatsächliche herauszuarbeiten.

Die Autoren, die das Gebiet der Sterilisierung geistig Abnormer aus eugenischen Gründen und die damit zusammenhängenden grundsätzlichen Fragen bearbeitet haben, lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. in die Gruppe der Gegner, die zu ihrer Anschauung vielfach aus mehr gefühlsmäßiger Einstellung oder aus theoretischen Erwägungen, aus rechtlichen oder ethischen Skrupeln gekommen sind;

2. in die Gruppe derjenigen Autoren, die zwar aus klinischer Erfahrung und nach den Feststellungen der Erbforschung das Walten einer Gesetzmäßigkeit bei der Entstehung vieler geistiger Abnormitäten anerkennen, die aber den Boden der Tatsachen immer noch nicht sicher genug finden, um Folgerungen im Sinne einer eugenischen Sterilisierung darauf aufzubauen, und deshalb zur Vorsicht, zum Abwarten mahnen;

3. in die bejahende Gruppe, die Gruppe der auf dem Grunde ihrer Forschungen wirklich Wissenden. Durch diese Gruppe ist heute wohl ohne Zweifel festgestellt, daß die Mendelschen Gesetze auch für die endogenen Geisteskrankheiten gelten, daß die Chorea Huntington eine einfach dominante Erkrankung ist, daß mindestens eine Kerngruppe der schizophrenen Erkrankungen dem rezessiven Erbgang folgt und von mehreren Anlagepaaren abhängig, also polymer bedingt ist, daß mit größter Wahrscheinlichkeit bei den Störungen des manisch-melancholischen Formenkreises neben rezessiven dominante Faktoren eine Rolle spielen, daß hier wie bei der Schizophrenie charakteristische Psychopathentypen als Träger latenter Anlagen in Frage kommen. Die Gruppe hat uns durch ihre Untersuchungen gezeigt, daß zu den erbbedingten Krankheiten mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die genuine Epilepsie gehört, daß ganz bestimmte erbliche Elemente in einer besonderen Gruppe angeborener Defektzustände, in den Gruppen der schwer psychopathischen Alkoholiker und der Anlageverbrecher stecken.

Wir können an diesen Forschungsergebnissen nicht mehr vorübergehen. Der Skeptizismus gegen die menschliche Erblehre ist heute nicht mehr berechtigt. Es ist unsere Pflicht, die praktischen Folgerungen daraus zu ziehen. Wir müssen Wege suchen, das schlechte Erbgut auszuschalten. Einer der Wege hierzu ist die Sterilisierung. Um die Widerstände allmählich zu beseitigen, ist Aufklärung und die Propaganda in den breiten Massen nötig. Unsere unerläßliche Aufgabe wird es sein, mit allen Mitteln die Erbgesetze in ihren letzten Konsequenzen zu sichern. Hierbei wird der offenen Fürsorge eine besondere Aufgabe zufallen. Jedes Zwangsvorgehen ist in der Frage der Sterilisierung aus eugenischen Gründen zunächst zu vermeiden. Zu fördern ist die freiwillige Sterilisierung, für die eine eindeutige

Digitized by Google

rechtliche Sicherung zu schaffen ist. Zu erwägen ist, ob man nicht daran denken sollte, beim anlagebedingten Verbrecher und bei erblich angeboren Schwachsinnigen erheblichen Grades die zwangsmäßige Sterilisierung zu fordern.

Trotz alledem werden wir uns aber vor übertriebenen Erwartungen in der Ausmerzung geistiger Abnormitäten durch die Sterilisierung hüten müssen. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Psychische Hygiene).

Aussprache: *Bumke*-München ist der Meinung, daß man mit der freiwilligen Sterilisierung niemals viel ausrichten wird. Es wird damit gehen, wie es mit der Eheberatung früher und jetzt leider häufig auch gegangen ist: intellektuell und ethisch hochstehende Menschen werden sich ihrer Familie oder ihrer eigenen Verfassung wegen zur Sterilisation stellen, und die Leute, deren Erbmasse man im Interesse der Gesamtheit gern ausrotten möchte, werden nach wie vor Kinder erzeugen. Wenn also mit der Sterilisation etwas erreicht werden soll, so muß sie zwangsweise erfolgen.

Hier liegen nun die Dinge doch schwierig. Daß es im Interesse einzelner Menschen gut wäre, wenn die Huntingtonsche Chorea nicht mehr vererbt würde, ist sicher. Für das Ganze ist die Beseitigung einer so seltenen Krankheit vollkommen gleichgültig. Zahlenmäßig kommen in der Psychiatrie in Betracht die Schizophrenie, die genuine Epilepsie, der manisch-depressive Formenkreis und der ererbte Schwachsinn.

Bei der Schizophrenie würde ich die Frage, ob sie auch ohne erbliche Ursache auftreten kann, in diesem Zusammenhange für nicht erheblich halten; oder anders ausgedrückt: ließe sich durch die Sterilisierung gerade die Krankheit beseitigen, die die meisten Plätze in den Irrenanstalten in Anspruch nimmt, so würde ich die Sterilisierung des einen oder andern Kranken, der seine Schizophrenie nicht ererbt hätte, schon deshalb ruhig mit in den Kauf nehmen, weil er ja seine Kinder doch nicht zweckmäßig erziehen kann. Wir wissen aber doch, daß sich die Schizophrenie gar nicht häufig von den Eltern auf die Kinder überträgt, daß sie also auf irgendeine Weise dem rezessiven Erbgang folgt und daß in jedem aktuellen Fall dieser Erkrankung der oder die eigentlichen Erblasser in einer ziemlich weiten Vergangenheit gesucht werden müssen. Mit der Sterilisierung des Kranken allein werden wir also nur einen ganz geringen Bruchteil der Schizophrenieerkrankungen für die Zukunft verhindern. Brüder und Schwestern nicht nur der Kranken, sondern aller möglichen gesunden und kranken Vorfahren werden die Anlage längst weitergegeben haben, und so wird die Wirkung der Sterilisation für das Ganze zum mindesten nicht dem entsprechen, was manche Laien von uns erwarten.

Für die genuine Epilepsie liegen die Dinge ähnlich. Wie auch der Erbgang sein mag, sicherlich gehört er nicht dem dominanten Typus an, und so werden wir wieder mit der Sterilisierung nicht annähernd das erreichen, was wir erreichen wollen.

Aus anderen Gründen schwierig gestaltet sich das Problem bei Manisch-Depressiven. Bei diesen glaube ich, daß man ohne die Annahme einer dominanten Erbkomponente nicht auskommen kann; denn ich jedenfalls habe noch niemals die Eltern eines Manisch-Depressiven genau kennen gelernt, ohne daß einer von beiden seine Zugehörigkeit zu diesem Formenkreis unzweideutig erwiesen hätte. Das heißt aber nicht, daß diese Menschen und

Digitized by Google

daß die Geschwister der Kranken selber krank wären; im Gegenteil, oft sind sie besonders erfreuliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft, klug und tüchtig, aktiv und temperamentvoll, warmherzig und liebenswürdig und schließlich manchmal genial. Wenn wir also das Manisch-Depressive aus der Welt ausmerzen wollten, so würden wir uns so ziemlich um alles Schöne und Gute, um alle Farbe und Wärme, um sehr viel Geist und jede Frische in unserem Leben betrügen. Zum Schluß würden dann ein paar vertrocknete Bürokraten — und die Schizophrenen übrig bleiben. Hier muß ich also sagen: ich nehme lieber die Kranken mit in den Kauf, als daß ich auf die Gesunden, die diesem Formenkreis angehören, verzichten möchte.

Mir scheint die Sterilisierung am wünschenswertesten bei den Schwachsinnigen und manchen unsozialen Psychopathen zu sein. Man wird doch heute sagen dürfen, daß es ererbte Schwachsinnsformen gibt, und es scheint auch nach manchen Feststellungen so, als wenn sich gerade die Schwachsinnigen an der Einschränkung der Kinderzahl am wenigsten beteiligen würden. Deshalb wird man auch hier mit der freiwilligen Sterilisierung nicht auskommen können. Bei den Schwachsinnigen ebenso wie bei den asozialen Psychopathen wird nur der Zwang zu wirken vermögen.

Im übrigen möchte ich mir noch zwei Bemerkungen erlauben. Die eine ist die, daß man doch um Gottes willen unsere augenblickliche Notlage bei diesen Erörterungen außer acht lassen möchte. Es handelt sich doch um ein Problem, das die ganze Zukunft unseres Volkes, ja man kann wohl ohne jedes Pathos sagen, die Zukunft der Menschheit überhaupt angeht. Dieses Problem kann man weder von dem Standpunkt einer augenblicklichen wissenschaftlichen Lehrmeinung noch von dem einer zeitlich noch begrenzteren wirtschaftlichen Krise aus angehen. Wenn wir durch die Sterilisierung das Auftreten von Geisteskrankheiten verhüten können, so sollen wir es ganz gewiß tun — aber nicht weil der Staat Geld spart, sondern weil jede Geisteskrankheit ein unendliches Leid für den Kranken und seine Angehörigen bedeutet. Wirtschaftliche Gesichtspunkte wären hier nicht nur unangemessen, sondern geradezu gefährlich. Man braucht doch den Gedanken, daß man aus finanziellen Gründen alle im Augenblick entbehrlichen Menschen beseitigen sollte, nur zu Ende zu denken, um zu einem ziemlich ungeheuerlichen Ergebnis zu kommen: wir müßten dann nicht bloß alle Geisteskranken und Psychopathen, sondern alle Krüppel einschließlich der Kriegsverletzten, alle alten Jungfern, die keinen Beruf ausüben, alle Witwen, die keine Kinder mehr zu erziehen haben, alle Rentner und alle Pensionäre totschlagen. Das würde uns gewiß Geld sparen, aber wir werden es vermutlich nicht tun.

Dann aber möchte ich raten, die Propaganda für die Sterilisierung doch so lange mit einer gewissen Zurückhaltung zu betreiben, bis sich die politische Atmosphäre bei uns ein wenig gebessert hat, und wissenschaftliche Rassentheorien nicht mehr zu politischen Zwecken ausgeschlachtet werden können. Trägt man die Diskussion über die Sterilisierung heute in die Arena der politischen Kämpfe hinein, so wird man wahrscheinlich bald ziemlich wenig von Geisteskranken, aber umso mehr von Ariern und Nichtariern, von der blonden germanischen Rasse und minderwertigen Rundschädeln reden. Daß dabei etwas Positives herauskommt, ist gewiß nicht wahrscheinlich; wohl aber würden die Wissenschaft im allgemeinen und die Genealogie und Eugenik im besonderen einen Schaden erleiden, den man nicht leicht wieder gut machen könnte.

Digitized by Google

Luxenburger-München: Da ich in der Sache mit dem Vortragenden durchaus einig gehe, kann ich mich darauf beschränken, zu einigen Punkten der sehr bedeutsamen Ausführungen *Bumkes* Stellung zu nehmen. Daß wirtschaftliche Gesichtspunkte unter den heutigen Verhältnissen am besten außer Diskussion bleiben, ist auch meine Meinung, da man, wie die Dinge augenblicklich liegen, auf Grund wirtschaftlicher Erwägungen gar zu leicht alles gut heißen kann, was Aussicht auf finanzielle Einsparungen eröffnet. Ich will mich daher auf medizinisch-biologische Punkte beschränken. Es ist richtig, daß bei rezessiv sich vererbenden Leiden es im Einzelfalle schwer sein kann, zu entscheiden, ob ein endogener, erblicher Krankheitsfall vorliegt oder eine symptomatische Psychose, deren klinisches Bild demjenigen der Erbkrankheit sehr ähnlich ist. Sache der intensiven Zusammenarbeit von klinischer und erbbiologischer Forschung wird es sein, für die Zukunft eine schärfere Trennung zu ermöglichen. Insbesondere muß es gelingen, das Bild der »Erbschizophrenie« zuverlässiger herauszuarbeiten, damit Verwechslungen mit nichterblichen Formen möglichst ausgeschaltet werden. Hierzu ist mit in erster Linie die Zwillingsforschung berufen. Vorerst lassen sich gelegentliche Fehlgriffe nicht vermeiden, sie können aber angesichts der großen Notlage, in welcher sich unsere Rasse augenblicklich befindet, in Kauf genommen werden. Daß durch die Sterilisierung der Kranken die Weitergabe rezessiv gehender Anlagen nicht völlig verhindert wird, ist klar; sie wird jedoch sicherlich ganz erheblich eingedämmt und es ist nicht einzusehen, warum man die Hände in den Schoß legen soll, nur weil eine radikale Ausmerze entarteten Erbguts heute noch nicht möglich ist. Man begnügt sich bei der Bekämpfung der Syphilis und der Tuberkulose heute noch mit Teilerfolgen in der Hoffnung, daß die Zukunft hier weiterhilft. Wenn es einmal möglich sein wird, die Träger latenter Anlagen zuverlässig zu erkennen, so wird die praktische Eugenik zu erwägen haben, inwieweit sie berechtigt sein wird, bei ihnen die Ausmerze entarteten Erbgutes aktiv zu fördern. Teilergebnisse liegen hier insofern schon vor, als wir vermuten dürfen, daß gewisse Typen schizoider Psychopathen als Träger schizophrener Erbanlagen anzusprechen sind. Daß der manisch-depressive Kreis ein schwieriges Problem für die Eugenik darstellt, ist richtig. So sehr wir die Ausschaltung manisch-depressiver Psychosen aus der Bevölkerung wünschen, so wenig können wir uns dem Einwand verschließen, daß die Sippen dieser Kranken sehr häufig wertvolle Begabungen bewahren und weitergeben. Die Möglichkeit ist also gegeben, daß die Erbanlage zum manisch-depressiven Irresein oder besser die Summe der Anlagen, die den Genotypus dieser Erkrankung darstellt, mit eugenisch erwünschten Faktoren in Korrelation steht. Die grundsätzliche Forderung der Eugenik, das Krankhafte auszumerzen unter Erhaltung des Tüchtigen, erhebt sich also hier mit besonderer Eindringlichkeit. Da nun bei der Vererbung des manisch-depressiven Irreseins sicherlich neben dominanten auch rezessive Faktoren mit im Spiel sind, ist die Möglichkeit gegeben, durch schärfere erbbiologische Differenzierung jene Typen ausfindig zu machen, die geeignet sind, das wertvolle Familiengut zu erhalten, ohne die kommenden Generationen mit manisch-depressiven Psychosen zu verseuchen. Die Forderung auf Sterilisierung der Manisch-Depressiven selbst möchten wir trotz aller Bedenken aufrecht erhalten. Es muß sich dabei aber um ausgesprochene Psychosen und nicht etwa um stimmungslabile Psychopathen handeln. *Bumke* hat gesagt, daß man, wenn sich

Digitized by Google

wirklich feststellen läßt, daß gewisse Kranke unbedingt von der Fortpflanzung ausgeschaltet werden müssen, mit dem Prinzip der Freiwilligkeit nicht durchkommen wird. Ich möchte meinen Standpunkt dahin präzisieren, daß man, um das Vertrauen der Bevölkerung nicht zu verscherzen, den Grundsatz der freiwilligen Sterilisierung erblich Geisteskranker unbedingt aufrecht halten soll. In den meisten Fällen wird ja wohl die Willensäußerung nicht Sache des Kranken, sondern diejenige seines gesetzlichen Vertreters sein. Daß erblich Schwachsinnige und Anlageverbrecher zwangsweise sterilisiert werden, dagegen habe ich keine Bedenken. *Bumke* hat sich dahin geäußert, daß die Legalisierung eugenischen Eingreifens eine vollkommene Klärung des Erbganges der hereditären Erkrankungen zur Voraussetzung haben müsse. Ich kann diese Forderung nicht vertreten. Notwendig ist der Nachweis der Tatsache, daß eine bestimmte Anomalie sich vererbt und daß ihre Erbintensität eine erhebliche ist. Wenn die empirisch-erbprognostische Forschung diesen Nachweis erbracht hat, so genügt dies für die Eugenik. Die Klärung der mendelistischen Verhältnisse, der Nachweis von Dominanz, Rezessivität, Monomerie, Polymerie, Faktorenkoppelung, Chromosomenlokalisation usw. ist erbwissenschaftlich notwendig, für rein eugenische Zwecke aber von sekundärer Bedeutung. Die Eugenik darf vor einer gewissen Naivität der Betrachtungsweise nicht zurückschrecken, wenn sie ihre Forderungen nicht ad kalendas graecas vertagen will. Gegen eine Einbeziehung der Eugenik in politische Zänkereien habe ich die gleichen Bedenken wie *Bumke*. Die Eugenik darf nicht zum Monopol einer politischen Partei oder einer Modeströmung gemacht werden. Was die praktische Durchführung eugenischer Maßnahmen, insbesondere der Sterilisierung, anlangt, so stehe ich unbedingt auf dem Standpunkt, daß ihre Legalisierung eine conditio sine qua non darstellt. Die augenblickliche Rechtslage ist eine der Sterilisierung aus eugenischer Indikation unbedingt ungünstige (§ 224, § 225 RStG.). Eine eugenische Praxis, die sich auf das Vertrauen auf die Inaktivität oder gar auf das Wohlwollen der Staatsanwaltschaft aufbaut, kann unserer Sache nur schaden. Wir müssen unter allen Umständen die Legalisierung der eugenischen Sterilisierung erreichen, sei es in Form einer eindeutigen Klausel im Strafgesetz, sei es durch Schaffung eines besonderen Sterilisierungsgesetzes nach dem Muster verschiedener europäischer und außereuropäischer Staaten. Voraussetzung dazu ist jedoch, daß die Notwendigkeit eugenischer Aktivität Eingang in das sittliche Bewußtsein der Mehrheit des Volkes findet; nur dann werden Gesetze zum lebendigen Ausdruck seines Rechtsempfindens. Gerade in bezug auf eugenische Handlungen und Unterlassungen können wir keinen Kadavergehorsam gebrauchen. In gleicher Weise müssen die Ärzte, die in hoffentlich nicht allzu ferner Zukunft die Vollstrecker des eugenischen Willens der Nation sein werden, den Antrieb zu ihrem Handeln aus tiefster innerer Überzeugung schöpfen und nicht allein aus einer Verfügung der vorgesetzten Dienststelle. Diese innere Überzeugung kann aber nur aus eigener wissenschaftlicher Tätigkeit erwachsen. Es ist daher notwendig, daß die Erbforschung immer mehr Gemeingut aller praktisch tätigen Psychiater wird.

Müller-Erlangen: Nachdem alles gesagt ist, was bei der Kürze der Zeit vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesagt werden kann, soll nur noch eine Bemerkung zur Frage der Werbung gemacht werden. Es ist ja wohl von seiten des Anregers eine großzügige Werbung für die von ihm

Digitized by Google

gewünschte Bewegung gedacht, und hier muß gleich davor gewarnt werden, daß man dabei allzu große Hoffnungen und die falsche Vorstellung erwecke, als läge in dieser, in ihrem Erfolge doch recht fraglichen Maßnahme das Heil der Welt und die Rettung des Vaterlandes. Lösen wir doch die Frage nach der Entstehung geistiger Krankheiten gar nicht, sondern verschieben sie nur zeitlich um einige Geschlechterfolgen zurück, wenn wir nach dem Erbträger der Krankheitsanlage forschen. Außerdem darf nie vergessen werden, daß es sich bei der Unfruchtbarmachung nur um eine verneinende Maßnahme im Sinne der Vermeidung einiger Minderwertiger handelt, während auch bejahende Maßnahmen im Sinne bewußter Hochzüchtung von nöten sind, die jedoch in einer kurzen Aussprache nicht behandelt werden können, zumal dabei gefühlsbetonte und blutgebundene Größen zu berücksichtigen sind.

Schlußwort: *Faltlhauser*-Kaufbeuren: Der Vortr. dankt Geheimrat *Bumke* und Dr. *Luxenburger* für ihre wertvollen ergänzenden Ausführungen, denen er seinerseits nichts mehr hinzuzufügen hat.

Bostroem-München: Über Presbyophrenie.

Das Zustandekommen des presbyophrenen Syndroms ist dadurch zu erklären, daß eine im wesentlichen syntone und dabei besonders sthenische Persönlichkeit von einem irgendwie gearteten senilen oder arteriosklerotischen Prozeß ergriffen wird. (Erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie.)

Aussprache: *Ast* (Eglfing-Haar) fragt, wie sich der Vortr. die überwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechts erklärt. Hängt dies vielleicht mit dem Umstand zusammen, daß die Männer verhältnismäßig stärker dem Aufbrauch und den Aufbrauchkrankheiten unterliegen und deshalb nicht oder selten zur reinen Presbyophrenie gelangen?

Schlußwort: *Bostroem*-München: Die Frage, warum das weibliche Geschlecht beim presbyophrenen Syndrom überwiegend beteiligt ist, läßt sich sehr schwer beantworten. Die von Herrn *Ast* erörterte Möglichkeit erscheint durchaus diskutabel.

Schlußwort des Vorsitzenden.

Weber (Eglfing-Haar).

---

63. Versammlung des Vereins der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 2. Mai 1931.

Anwesend: *Alber*-Braunschweig, *Albrecht*-Hamburg, *Barghoorn*-Emden, *Baumann*-Essen/Ruhr, *Benning*-Rockwinkel b. Bremen, *Bräuner*-Lüneburg, *Busse*-Göttingen, *v. Criegern*-Hildesheim, *Delbrück*-Hannover, *Demme*-Hamburg, *Dräseke*-Hamburg, *Eckert*-Hannover, *Fiebig*-Lemgo, *Fleck*-Göttingen, *Fontane*-Hannover, *Frensdorf*-Osnabrück, *Gellhorn*-Goslar, *Glettenberg*-Hannover, *Grimme*-Hildesheim, *Grütter*-Königslutter, *Harries*-Wunstorf, Schatzrat *Heintze*-Hannover, *Hoch*-Göttingen, *Holthaus*-Münster, *Hühnerfeld*-Telgte b. Münster, *Jacobi*-Hildesheim, *Jedzink*-Hannover, *Jutz*-Osnabrück, *Kahle*-Göttingen, *Kanis*-Gütersloh, *Kehrer*-Münster, *Ketz*-Bremer-

Digitized by Google

haven, *Kleffner*-Münster, *Klimke*-Münster, *Korbsch*-Münster, *Kracke*-Osnabrück, *Kramer*-Langenhagen, *Krüger*-Ilten, *Kruse*-Woltorf, *Loerch*-Hannover, *Loewenstein*-Hannover, *Maschmeyer*-Göttingen, *Meckmann*-Warstein, *Meyer*-Königslutter, *Neugebauer*-Lüneburg, *Niemeyer*-Hahnenmoor, *Nieper, F.*-Ilten, *Nieper, G.*-Ilten, *Peltzer*-Bremen, *Peust*-Magdeburg, *Richard*-Göttingen, *Rinne*-Langenhagen, *Roth*-Braunschweig, *Rustige*-Rotenburg, *Schackwitz*-Hannover, *Schade*-Lüneburg, *Schneider*-Bethel, *Schultze*-Göttingen, *Schütte*-Langenhagen, *Seifer*-Langenhagen, *Simon*-Gütersloh, *Staggemann*-Münster, *Stahr*-Königslutter, *Stamm*-Hannover, *Steinitz*-Hannover, *Vieweg*-Göttingen, *Weiß*-Göttingen, *Welck*-Bethel, *Welle*-Haus Kannen, *Wening*-Langenhagen, *Wentzlau*-Langenhagen, *Willige*-Ilten, *Wittenberg*-Neinstedt (Harz).

Der bisherige Vorsitzende *Simon*-Gütersloh begrüßte die Erschienenen und gedachte der im Laufe des letzten Jahres verstorbenen Mitglieder *Mönkemöller, Trömner, Wichura, Reinelt* und *Stock*. Zum Leiter der Versammlung wurden alsdann *Schütte*-Langenhagen und *Willige*-Ilten gewählt, zum Schriftführer des Vereins für die 63. und die nächsten Versammlungen *Kahle*-Göttingen. Als Tagungsort für 1932 wurde Münster i. W. in Aussicht genommen, unter Vorsitz der Herren *Kehrer* und *Kleffner*. Die Tagung soll am 7. und 8. Mai 1932 abgehalten werden und mit ihr eine Führung durch die neuerbaute Nervenklinik verbunden sein.

Vorträge: 1. *Steinitz*-Braunschweig: Über die *Puusepp*sche Operation bei Syringomyelie.

Demonstration eines 37jährigen Mannes, bei dem vor $1^1/_2$ Jahren folgende Operation (nach *Puusepp*) gemacht worden ist: Laminektomie vom 7. Halswirbel bis zum Brustwirbel, Spaltung der Dura, Eröffnung der Rückenmarkshöhle durch einen 1 cm langen Längsschnitt im linken Hinterstrang 1 mm neben der Mittellinie, in der Höhe des obersten Brustmarkes; hierbei reichlicher Liquorabfluß. Unmittelbar nach der Operation erhebliche Besserung sämtlicher spinalen Erscheinungen: Die Gehfähigkeit, die vorher infolge starker spastischer Parese beider Beine fast aufgehoben war, kehrte in sehr hohem Maße wieder zurück, so daß jetzt mit Hilfe eines Stockes stundenlange Wege möglich sind; ebenso bessert sich in hohem Grade die Gebrauchsfähigkeit der Hände, bei denen im übrigen die Atrophie der kleinen Handmuskeln keinen Rückgang zeigt. Ferner erheblicher Rückgang der dissoziierten Sensibilitätsstörung, die vor der Operation bds. von C_2 bis etwa D_8 gereicht hatte und nach der Operation nur noch die untersten 3 Cervikalsegmente einnimmt. Unverändert bleiben dagegen bulbäre Symptome (Abweichen der Zunge nach rechts, Parese des rechten Gaumensegels, Abschwächung der Cornealreflexe). Unverändert bleiben ferner auch Anfälle, die im Beginn des Leidens, d. h. etwa 10 Jahre vor der Operation zusammen mit den anderen Erscheinungen aufgetreten waren; diese Anfälle bestehen in kurz dauernder Bewußtlosigkeit mit klonischen Zuckungen aller vier Extremitäten. — Die Besserung der spinalen Symptome hat bis jetzt unverändert angehalten.

Es werden weiterhin bemerkenswerte Sensibilitätsstörungen demonstriert, die seit der Operation aufgetreten sind. Ungefähr vom 5. Dorsalsegment an zeigt sich linkerseits das von Förster beschriebene Syndrom der Hyperpathie. Insbesondere sind Latenzzeit, Nachdauer und räumliche Ausbreitung der Empfindung in typischer Weise vorhanden. Die Schmerzempfindung ist von besonders unangenehmer Intensität und stellt qualitativ

Digitized by Google

etwas Neues, vom Kranken in dieser Weise bisher noch nicht Erlebtes dar; er sagt bei auf das Abdomen applizierten Schmerzreizen, es sei, »als ob der Schmerz nach innen in den Leib herein wollte«. In ähnlicher intensiver und unangenehmer Weise ist das Kitzelgefühl etwa vom 5. Dorsalsegment linkerseits an verändert: Der kitzelnde Finger »zieht eine Furche in die Haut«. Ferner findet sich auch bei Kitzelreizen Latenz, zeitliche Nachdauer und eine zuweilen enorme räumliche Irradiation des Kitzelreizes. — Die Phänomene der Latenz, Nachdauer und räumlichen Ausbreitung des Reizes finden sich endlich in dem hyperpathischen Gebiet auch bei Temperaturreizen und zwar auch bei solchen mittleren Grades, bei denen also eine Mitreizung von Schmerzrezeptoren ausgeschlossen werden kann. Eine qualitative Veränderung der Temperaturempfindung war nicht vorhanden.

Die Ursache für die beschriebenen Sensibilitätsstörungen muß in der oben erwähnten operativ gesetzten Läsion des Hinterstrangssystems gesucht werden, das nach Förster als phylogenetisch junge Erwerbung auf das alte protopathische System des Schmerzgefühls eine differenzierende und hemmende Wirkung ausübte. Die geschilderten Sensibilitätsstörungen sprechen dafür, daß die Hinterstränge eine solche Wirkung nicht nur, wie bisher bekannt, auf das Schmerzsystem, sondern auch auf die Systeme des Temperatur- und Kitzelgefühls ausüben. Bemerkenswert ist noch, daß die eigentlichen Hinterstrangsqualitäten in dem hyperpathischen Gebiet nur verhältnismäßig wenig (in manchen Teilen des Gebietes übrigens auch im Sinne des *Weizsäcker*schen Funktionswandels) geschädigt waren; dies würde schließen lassen, daß die Hemmungsfunktionen der Hinterstränge besonders leicht lädierbar sind.

Loewenstein-Hannover demonstriert im Anschluß an den Vortrag einen hierhergehörigen Kranken. Patient ist 45 Jahre alt, der Beginn der Krankheit liegt viele Jahre zurück. Befund am 3. 5. 29: Vasomotorische und trophische Störungen und Frostnarben im Gesicht, Schwäche des linken Facialis, Hemiatrophie der Zunge. Elefantiasisartige Verdickungen beider Hände mit starken Rhagaden und Ulcerationen, verkürzten und verkrümmten Fingern, Mutilation des rechten Zeigefingers, Atrophie der Interossei, der Daumen und Kleinfingerballen; Wirbelsäulenverkrümmung, Steigerung der Reflexe an den Beinen, dissoziierte Sensibilitätsstörungen am ganzen Körper. 7. 2. 30: Operation durch Prof. *Kappis:* Laminectomie der beiden letzten Hals- und ersten Brustwirbel, Eröffung der Dura in einer Länge von 6 cm. In Höhe des 7. Halswirbels sah man eine Eindellung des Markes, sonst keine sichtbaren Veränderungen. Eine 1 cm lange Incision ließ nach reichlichem Liquorabfluß eine zentrale Höhle erkennen, deren Länge nicht zu bestimmen war. Die Öffnung wurde offen gelassen, die Dura vernäht. Der Wundverlauf war ungestört. Gleich nach der Operation traten Schmerzen und Kriebelempfindung nebst spastischen Paresen im linken Beine auf. Nach 4 Wochen waren die Borken an den Händen geschwunden, und es fiel eine deutliche Abnahme der trophischen Störungen an den Händen auf, deren Plastik sich der normalen annäherte. Dagegen war hinzugetreten eine starke spastische Gehstörung im linken Bein, die darauf hindeutete, daß bei der Operation die Seitenstränge in Mitleidenschaft gezogen waren. Die Sensibilitätsstörungen waren unverändert. Im weiteren Verlaufe trat die spastische Parese des linken Beines zurück, spastische

Digitized by Google

Symptome blieben an beiden Beinen in gleicher Stärke bestehen, die trophischen Störungen an den Händen wurden wieder stärker und erreichten nach einem Jahre denselben und noch einen höheren Grad wie früher. Auch sonst blieb der Krankheitsprozeß völlig unbeeinflußt. Einen nennenswerten Erfolg hat also die Operation in diesem Falle nicht gebracht.

Diskussion: *Glettenberg:* »Den Gegensatz zwischen dem guten operativen Erfolg in dem Fall *Steinitz* und dem operativen Mißerfolg in dem Fall *Löwenstein* kann man sich m. E. sehr wohl erklären. Soweit mir bekannt ist, hat man auf dem diesjährigen Chirurgen-Kongreß in Berlin auch zur operativen Behandlung der Syringomyelie Stellung genommen und zwar hat, soweit ich unterrichtet bin, *Förster*-Breslau die Indikation zur operativen Behandlung der Syringomyelie sehr stark eingeschränkt und die operative Behandlung lediglich auf die sogenannte Hydromyelie beschränkt (primäre Hydromyelie). Die Gliosis spinalis stellt einen Neubildungsprozeß in dem Zentralkanal dar. Diese Neubildung kann in der Längsrichtung tumorartig sich ausdehnen als feste Substanz. Durch Zerfall der Neubildung können aber auch Höhlen entstehen, welche das Rückenmark in mehr oder weniger großer Ausdehnung durchsetzen (Syringomyelie). — Bei der primären Hydromyelie handelt es sich um eine Entwicklungsanomalie, und zwar um eine angeborene Erweiterung des Zentralkanals, welche auf ein Verharren des primären Medularrohres in einem bestimmten Entwicklungszustande zurückzuführen ist. Diese Fälle sind auch öfter mit zerebralen Anomalien, z. B. Hydrozephalus verbunden. In dem Fall *Steinitz* scheint mir wegen der zweifellos zerebralen Komponente (Anfälle) eher eine Hydromyelie vorgelegen zu haben, welche durch die Operation wesentlich gebessert wurde. Im Falle *Löwenstein* scheint es sich eben um eine Syringomyelie gehandelt zu haben.«

Kehrer-Münster: »Es ist auch für die Frage der Pathogenese des bei Syringomyelie vorkommenden Syndroms sehr wichtig, zu erfahren, wie die Dauererfolge der *Puusepp*schen Operation sind. Denn in denjenigen Fällen, in welchen dieses auf fortschreitendem Zerfall und Höhlenbildung einer Gliose beruht, ist kein Dauererfolg zu erwarten, wenn anders die Zerfallstheorie weiter zu Recht bestehen soll.«

2. *Dräseke*-Hamburg: Über einen Gorillaschädel und den dazu gehörigen Schädelausguß.

Vom Vortr. wird ein Gorillaschädel gezeigt, dem die Eingeborenen das Hinterhaupt zertrümmert und aufgeschlagen haben, um so zum Gehirn zu gelangen und dieses verspeisen zu können. Der so verletzte Schädel wurde durch einen Medianschnitt sägend halbiert, dann beide Schädelhälften ausgegossen und die so entstandenen Abgüsse wieder zusammengelegt, so daß man auf diese Weise einen vollkommenen Ausguß der Schädelhöhle bekam, der etwa dem Hemisphärenhirn entsprach. Dieser Kern zeigt nur ganz schwache Abdrücke von einzelnen Hirnwindungen, dagegen ausgeprägter solche von einigen Gefäßen. Im Gegensatz hierzu weist Dräseke auf die Abdrücke von Windungen hin, die man bei anderen Säugern z. B. besonders bei Karnivoren erzielen kann. Unter gewissen Voraussetzungen kann man auf diese Weise sich ein Bild von der Formung des Hemisphärengehirns machen. Schädelausgüsse verschiedenster Art werden auch zu einem ganz anderen Zwecke ausgeführt, so z. B. um das

Digitized by Google

Hirngewicht eines ausgestorbenen Säugers, von dem aber nur mehr oder weniger gut erhaltene Schädel auf uns gekommen sind, schätzungsweise zu ermitteln; es wird auf die Ermittlung des Hirngewichts der *Steller*schen Seekuh durch *Weygandt* verwiesen. Der Medianschnitt durch den Gorillaschädel zeigt eine ausgeprägte Entwicklung von Stirnhöhlen, die den bei den anthropomorphen Affen Asiens, Orang und Gibbon sowie allen Katarrhinen-Affen fehlen, während die beiden in Afrika lebenden Anthropomorphen, der Schimpanse und Gorilla, entwickelte Stirnhöhlen aufweisen. Ein gleiches gilt vom Menschen. Neben dem Medianschnitt durch den Gorilla-Schädel zeigt der Vortragende auch solche vom Menschen. Noch übersichtlicher sind Frontalschnitte durch die Schädel der genannten Vertreter. Diese hat *Hans Weinert* in der Zeitschrift f. Volksaufartung und Erbkunde, 2. Jahrg. 1927 Nr. 3 in sehr instruktiver Weise in einem Bilde zusammengestellt. *Dräseke* gibt diese Zeichnung im Lichtbild wieder und streift kurz in Anlehnung an *Weinert* die polygenistische und monophyletische Menschheitsentwicklung. Im Lichtbilde zeigt der Vortragende weiter das allmähliche Zurückgehen und Schwinden des stark entwickelten Gesichtsschädels und die zunehmende Entwicklung des Hirnschädels bei den Herrentieren.

3. *Demme*-Hamburg: Blastomykose des Zentralnervensystems. Bericht über einen Kranken, der klinisch zunächst die Erscheinungen eines Lungentumors bot. Als meningitische Symptome hinzukamen, wurde zunächst an eine Metastasierung des Tumors in die Meningen gedacht. Massenhaftes Auftreten von Hefezellen im Liquor ermöglichte aber schon klinisch die Diagnose Blastomykose des Zentralnervensystems. Eine daraufhin vorgenommene Probeexzision aus dem »Lungentumor« zeigte, daß es sich auch in der Lunge um eine Hefeinfektion handelte. Die Hefen konnten auch kulturell gezüchtet werden. Die Sektion ergab einen großen blastomykotischen Herd in der rechten Lunge, der die Wirbelsäule usuriert hatte. Die Hefezellen waren von dort direkt in den Liquorraum gelangt und hatten zu einer diffusen Meningitis geführt. Die histologische Untersuchung zeigte massenhaft im Arachnoidealgewebe liegende Hefezellen. Die Reaktion der Meningen bestand teilweise in einer kleinzelligen Infiltration, in der Hauptsache aber in einer außerordentlich starken Riesenzellbildung. Ins Rückenmark und in die Medulla oblongata waren die Hefezellen nicht eingedrungen. Dagegen fand sich am Kleinhirn und Großhirn an vielen Stellen ein Einbruch der Hefe ins Nervenparenchym. Am Kleinhirn sieht man hauptsächlich, wie die Herde in den Meningen durch fortgesetztes Wachstum die Kleinhirnrinde zunächst verdrängen und schließlich usurieren. Dagegen wandern an den betroffenen Stellen der Großhirnrinde die Hefezellen längs den Gefäßen in die perivaskulären Räume ein, und erst wenn sie durch fortgesetztes Wachstum die Piagliamembran gesprengt haben, kommt es zu einer diffusen Herdbildung in der nächsten Umgebung. Das Nervenparenchym reagiert auf die eingedrungen Hefezellen in keiner Weise. Größere und kleinere Nester und in deren Umgebung auch einzelne abgesprengte Hefezellen sieht man in der Großhirnrinde liegen ohne die geringste Reaktion der Glia oder der Gefäße. Dagegen finden sich unabhängig von der Lokalisation der Hefeansiedlung unspezifische perivaskuläre Infiltrate über das ganze Gehirn verteilt (toxische

Digitized by Google

Wirkung der Hefe?). Die Hefenester selbst bleiben im Gegensatz zu den Fällen mit hämatogener Aussaat auf das Grau der Rinde beschränkt. Die Hefezellen zeigen sowohl im Gewebe wie im Liquor eine breite Schleimhülle, die in der Kultur auf künstlichem Nährboden fehlt.

Diskussion: *Kehrer.* —

4. *Korbsch*-Münster i. W.: Klinisches und Anatomisches über die sog. Meningitis tumorosa.

Die sog. Meningitis tumorosa besteht in einer diffusen tumorösen Infiltration der Meningen. Es kommen in dieser Weise vor das sekundäre Karzinom und Sarkom., das sekundäre und primäre Melanom, das Chorionepitheliom, das Fibroendotheliom, auch Meningiom genannt, und das Gliom. Die metastasierenden Geschwülste erreichen die Meningen auf dem Lymph- bzw. Blutwege. Das primäre Melanom wird auf die Chromatophoren der Leptomeninx zurückgeführt, das Fibroendotheliom auf die meningealen Endothelien; vermutlich handelt es sich hier um eine plurizentrische Entstehungsart. Das Gliom kann eine flächenhafte Ausbreitungsweise dann annehmen, wenn es in den subarachnoidalen Liquorraum einbricht. Es werden Bilder von einer Meningitis carcinomatosa und einem diffusen Fibroendotheliom gezeigt.

An Hand des letzteren typischen Falles wird das äußerst mannigfaltige klinische Bild erörtert. Es hat Beziehung zur Symptomatologie des Tumors cerebri bzw. spinalis und besitzt außerdem oft einen ausgesprochen meningitischen Charakter. Wegen der Flüchtigkeit der Symptome trägt es ferner häufig hysteriformes Gepräge. Sehr wichtig ist neben dem Absperrungssyndrom der Befund von Tumorzellen im Liquor. Die Krankheitsdauer wird verschieden angegeben, 4 bis 8 Wochen, aber auch 2 Tage bis 8 Jahre. Pathogenetisch kommt in erster Linie die mechanische Infiltrationswirkung in Frage; sodann spielen offenbar neben toxischen Momenten Zirkulationsstörungen eine Rolle, die durch die Kompression von Gefäßen und die Verlegung von Lymph- und Liquorräumen hervorgerufen werden. Die kausale Therapie ist machtlos, allenfalls kommen Röntgenbestrahlungen in Betracht.

Diskussion: *Demme:* Die Diagnose läßt sich oft doch schon intra vitam stellen, wenn man die von *Pette* zusammengefaßte Symptomatologie beachtet (Hirnnervenstörungen, Wurzelschmerzen, Areflexie, chronisch-meningitische Erscheinungen).

5. *Kahle*-Göttingen: Zur Anatomie der mongoloiden Mißbildung.

Vorweisung zweier unter sich sehr verschiedener Gehirne von mongoloider Idiotie. Der Fall I kam mit 18 Jahren zur Sektion. Hirngewicht 1160 Gramm. Großhirnwindungen plump, besonders frontal und temporal. Allgemein einfacher Windungstyp ohne grobe Auffälligkeiten. Auch das Kleinhirn ist nicht besonders klein, ebenfalls die Infundibulargegend nicht relativ verschmälert, wenngleich die Temporalpole von beiden Seiten diesen Teil der Hirnbasis überdecken und scheinbar einengen. Dagegen ist das verlängerte Mark recht klein und zierlich geformt.

Das Gehirn des zweiten Falles wurde früher, nämlich im Lebensalter von zwölf Jahren gewonnen. Gewicht 920 Gramm. Typisch brachycephales

Digitized by Google

Gehirn, auf dem horizontalen Durchschnitt nahezu symmetrisch rund. Windungstyp überall bemerkenswert zierlich. Dabei relativ und absolut stark untergewichtiges Kleinhirn, das von den Hinterhauptspolen haken- oder zangenförmig umfaßt wird. Tonsille und Flokkulus des Kleinhirns am stärksten hervortretend. Tuber flocculi (Gans) war in diesem Falle vorhanden. Rechte Kleinhirnhemisphäre größer als die linke.

In gleicher Weise kam in beiden Fällen ein nur verkümmert vorhandener Gyrus rectus vor, dessen Trennungsfurche gegen die orbitalen Windungen in kurzer Entfernung von Trigonum olfactorium nach median überschnitt. Andererseits konnten auch Fälle nicht mongoloider Idiotie gezeigt werden, z. B. je ein Fall von Idiotia thymica und Anophthalmie mit Idiotie, deren Gyri recti in ähnlicher Weise verbildet sind. Es scheint danach, daß man von einer spezifischen Verbildung der genannten Partie und der benachbarten Windungen, etwa durch einen hypothetischen Amniondruck auf das kraniale Ende des Zentralnervensystems verursacht (*van der Scheer*), und zudem einzig bei mongoloider Idiotie nicht wohl sprechen kann. Das recht gute Erhaltensein der Stirnpole in unseren Fällen, im makroskopischen wie im mikroskopischen Bilde (Areae FE, FD), möchte auch gegen die Wirksamkeit eines im vordersten Kopfabschnitt zu engen Amnions sprechen.

Histologisch wurden vergleichend am ausgedehntesten homologe Stücke aus der Mantelkante der Area frontalis intermedia (FC nach *von Economo* und *Koskinas*) bei derselben, wirklichen fünfzigfachen Vergrößerung untersucht. Fall I zeigte, wie fast durchgehend auch in anderen Areae, z. B. in FD, FDop, PF, PG, TE und TG unregelmäßige Nervenzellausfälle in allen Schichten gegenüber normalen Vergleichsgehirnen. Dabei kann die Lamina III hinsichtlich des Zellausfalls nicht mit Sicherheit durchweg als bevorzugt gelten. Eher läßt sich nachweisen, daß die sekundären Veränderungen in der III. Schicht, besonders auch in der Unterschicht IIIc mit Vorliebe angreifen und zu chronischen Zellveränderungen führen. Der Fall II (jüngerer Idiot) zeigte hingegen keine Verminderung der Zellzahl in einer der Schichten gegenüber dem Gehirn eines geistig normalen Vergleichsfalles, eines Kindes mit etwa gleichem Hirngewicht. Die Nervenzellen aber waren durchweg kleiner als im Vergleichsfall und dabei frei von Zeichen sekundärer Degeneration. Stellenweise wurde eine Anhäufung kleiner Zellelemente in der Gegend einer zweiten Körnerschicht bemerkt.

Das gyrus-rectus-Gebiet war in verschiedener Weise in seinem Aufbau gestört: breite Rinde mit sekundärer Verödung und chronischer Schrumpfung und Verfettung der Nervenzellen im Fall I; dagegen auffällige Abschnürung der unteren Schichten in zunehmendem Maße in Fall II, der außerdem eine echte Heterotopie mit neuroblastenähnlichen Zellen an dieser Stelle hatte.

Im Bereich der motorischen Sprachregion fiel gerade beim Gehirn des älteren Idioten bei ausnahmsweise schmaler Rinde das überwiegende Vorkommen unentwickelter Partien auf, die mit entsprechenden Photogrammen von Frühgeburten vielfache Ähnlichkeit haben. Reichlich fanden sich Kapillaren, die zwischen den Zellsäulen der dritten und fünften Schicht vordringen und sich mit Vorliebe über und unter der säulenartig formierten 2. Körnerschicht verästeln. Schon Millimeter daneben konnten

Digitized by Google

bei demselben Fall die Rindenquerschnitte überwiegend verödet oder auch sklerotisch verändert gefunden werden.

Gegenüber ebenfalls veränderten Schichten des unteren Scheitellappens — sämtlich Gebiete, die zu den Neuerwerbungen des menschlichen Gehirns auch im Sinne einer progressiven Zerebration (*v. Economo*) rechnen, — waren nicht anders und ebenfalls in schwerem Grade die zytoarchitektonisch gut differenzierten und phylogenetisch alten Gebiete der vorderen Zentralwindung und der eigentlichen Sehrinde verändert, bei dem älteren Idioten wiederum vorwiegend im Sinne starker Verödung, in dem jüngeren Fall aber auffallend wenig entwickelt (z. B. unvollkommene Dreiteilung der inneren Körnerschicht in der Fissura calcarina).

Zusammenfassend ließ sich zeigen, daß zwei Fälle der klinischen Diagnose »mongoloide Idiotie« makroskopisch nicht übereinstimmen und auch histologisch ganz verschieden aussehen. Jeder der Fälle selbst bot wiederum noch weitgehende Unterschiede in der Art der histologischen Veränderung, gelegentlich von Windung zu Windung diametral entgegengesetzte Bilder. Will man zu einer abschließenden Beurteilung kommen, so läßt sich nur soviel sagen, daß die Anzeichen von Entwicklungshemmung einerseits und frühzeitiger regressiver Veränderung andererseits, in jeweils verschiedenem Ausmaß, im Vordergrund standen. — Hinsichtlich der möglichen Wirkung einer bestimmten endokrinen Störung auf die Gehirne läßt sich außer der festgestellten Unterentwicklung der männlichen Keimdrüse und der Hypophyse nichts Bestimmtes sagen. Es bleibt noch abzuwarten, inwiefern weitere vorliegende Fälle mit stärkerer Unterentwicklung der Schilddrüse und Beteiligung des Thymus sich hirnpathologisch anders und evtl. aufschlußreicher erweisen.

6. *Holzer*-Aplerbeck: Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Zystizerkose des Gehirns.

Es wird ein Fall besprochen, in dem starke allgemeine Erscheinungen von Hirndruck bestanden hatten; lokale Erscheinungen fehlten bis auf Blindheit (Optikusatrophie beiderseits). Psychisch sind Versündigungsideen hervorzuheben. Als der Kranke einmal ins Untersuchungszimmer geführt wurde, fing er an zu weinen und meinte, jetzt müsse er sterben, weil er einmal Kaninchen gestohlen habe. Im Liquor fanden sich 97/3 Zellen, positive Eiweißreaktionen, ausgesprochene Goldsolparalysekurve. Wassermann inkonstant; einmal in Blut und Liquor negativ, dann im Blut schwächer, im Liquor stärker verdächtig.

Bei der Sektion fand sich sehr starker Hydrocephalus internus und eine Zystizerkenmeningitis; im vermehrten Kammerwasser schwammen massenhaft erbsengroße, teilweise fädig miteinander verbundene weißliche Blasen frei herum.

In der Großhirnrinde fanden sich nur wenige und sehr kleine Zystizerkenbläschen. In ihrer Nachbarschaft waren die großen protoplasmatischen Spinnenzellen hypertrophisch, besonders ausgesprochen in der zonalen Schicht. Sie enthielten vielfach Gliafasern. Die Hortegazellen zeigten sich verhältnismäßig wenig verändert; die Kerne waren häufiger mehr rundlich, die Fortsätze weniger zierlich als sonst. Bei einzelnen Bläschen (nicht bei allen) fanden sich in der Nachbarschaft der Zystizerken-

Digitized by Google

bläschen zahlreiche Histiozyten und bei Anwendung entsprechender Färbungen ausgeprägte Mesenchymnetze.

Diskussion: Kehrer-Münster: Merkwürdig ist, daß der Vortragende in seinem Falle nicht die bekannten Schwankungen der Symptome bei Lageänderungen gefunden hat.

7. *Busse*-Göttingen erörtert an Hand von vier Fällen der Göttinger Klinik die diagnostischen Möglichkeiten bei den parasitären Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die eindeutige Komplementbindungsreaktion des Liquors stößt in der Anwendung auf die Gehirnzystizerkose auf Schwierigkeiten, da das Zystizerkenantigen nur schwer zu bekommen ist. Praktisch wird deshalb die leicht durchzuführende Differenzierung der Zellen im Blut und Liquor die wichtigste Untersuchungsmethode sein. Da bei parasitären Erkrankungen des Zentralnervensystems die Eosinophilie im Liquor konstanter ist als im Blute, wird die entscheidende differentialdiagnostische Bedeutung des Liquorsediments hervorgehoben.

(Der Vortrag ist als ausführliche Arbeit in dem Archiv für Psychiatrie, Band 95, S. 189ff. erschienen.)

Diskussion: *Demme*-Hamburg: Die Komplementsbindungsreaktion kann bei Gehirnechinokokken oft negativ sein. Bericht über einen Fall von Bilharziosis des Rückenmarks (Schistosoma haematobium).

8. *Schade*-Lüneburg: Ein Beitrag zur Malaria-Behandlung der Meta-Lues. (Die Malariabehandlungen bei Kranken, die früher eine Malaria durchgemacht haben.)

An Hand eines Falles von progressiver Paralyse, der im Frühstadium der Lues eine Malaria durchgemacht hatte, sowie an Hand von Fällen aus der Literatur wird die Frage erörtert, welchen Einfluß eine Malaria auf die spätere Metalues ausübt, und wie diese Malaria auf eine Impfmalaria einwirkt. Bei dem beobachteten Falle handelte es sich um einen 33jährigen Fabrikarbeiter, der vor 12 Jahren eine Lues acquirierte und anschließend innerhalb von vier Jahren Malariarezidive einer früher durchgemachten Malaria hatte. Patient erkrankte 1929 an Paralyse und wurde einer Malariakur unterzogen; es wurde nur eine unvollkommene Remission erzielt.

Da in der Literatur nur wenig ähnliche Fälle beschrieben sind und sich auch z. T. nur kurze Angaben finden, lassen sich keine weitgehenden Schlüsse ziehen. Die Beobachtungen zeigen, daß eine im Frühstadium der Syphilis durchgemachte Malaria den Ausbruch einer späteren Metalues nicht verhindern kann. Der zeitliche Ausbruch und Verlauf der Metalues scheint keine Abweichung gegenüber sonstigen Fällen aufzuweisen. Abgesehen von einem gelegentlichen Nichtangehen einer Impfmalaria und einem spontanen Aufhören derselben scheint eine früher überstandene Malaria keinen Einfluß auf die Malariabehandlung auszuüben. Der Erfolg der Malariabehandlung wird durch eine frühere Naturmalaria in keiner Weise beeinflußt.

Diskussion: *Kehrer*-Münster verweist auf die Wichtigkeit dieses Vortrages angesichts der von ihm festgestellten auffälligen Tatsache, daß in der deutschen Literatur noch kaum von Fällen berichtet ist, in welchen ein Paralytiker oder Tabiker einige Zeit vor oder nach der syphilitischen

Digitized by Google

Infektion eine Malaria durchgemacht hat. Er selbst hat zurzeit in seiner Klinik vier Männer mit klassischer Paralyse, welche in oder vor der Kriegszeit in Mazedonien, Kamerun usw. Malaria durchgemacht haben, darunter einen, der unter der Malariakur sichtlich verfiel. Von einem unbedingten Schutz vor Paralyse infolge ungefähr gleichzeitiger spontaner Malariainfektion kann also keine Rede sein. Vielleicht erklärt uns dies auch die gänzliche Unbeeinflußbarkeit zahlreicher Paralysefälle durch Impfung von Malaria, ja das sichtliche Fortschreiten des paralytischen Prozesses unter der Fieberkur, die trotz der Bedeutung von *Wagner von Jaureggs* Tat zugegeben werden müssen. Kehrer regt an, daß möglichst in allen Kliniken und Anstalten eine Nachschau und vor allem Veröffentlichung entsprechender Fälle erfolgt.

9. *Fleck*-Göttingen: Bemerkungen zur Bewertung des Liquordruckes.

Verfasser geht davon aus, daß häufig genug der Liquordruck auch zur Beurteilung organischer oder funktioneller Störungen nach Unfällen und dergleichen verwertet wird. Er weist darauf hin, welche Vorsicht da am Platze ist, da der Liquordruck eine außerordentlich variable Größe ist. Er geht dann auf die verschiedenen Faktoren ein, die den Liquordruck ändern können, vor allen Dingen auf den einen der Kopfhaltung. — Versuche, die er an über 30 Kranken anstellte, ergeben, daß die Kopfhaltung einen ganz wesentlichen Einfluß auf den Liquordruck hat. So kann unter Umständen das Nachvornhalten des Kopfes, ganz gleich ob aktiv oder passiv, auch einen normalen Liquordruck um mehrere hundert Millimeter steigern. Auch bei starkem Zurückbiegen des Schädels ergab sich eine, wenn auch niedrigere Druckerhöhung. Selbst Drehen des Schädels kann zu Druckerhöhungen führen. Diese eigenartigen Erscheinungen werden wahrscheinlich dadurch hervorgerufen, daß einerseits durch starkes Nachvornheben des Kopfes die Venen komprimiert werden (also eine Art *Queckenstedt*scher Versuch). Weiterhin spielt jedoch auch mit herein, daß durch eine besondere Anstraffung und Deformierung des Liquorsackes eine Druckerhöhung hervorgerufen wird. Diese übermäßige Erhöhung des Liquordruckes findet man auch unter Umständen bei kranken Liquordruckverhältnissen. Bei Durchsicht der Literatur ergab sich, daß *Becher* (Frankfurt a. M.) schon im Jahre 1918 auf diese Verhältnisse hingewiesen hat. In den Lehrbüchern wird im allgemeinen darauf zu wenig Bezug genommen, ebensowenig wird angegeben, daß Voraussetzung für eine einwandfreie Liquormessung jeweils eine besondere Haltung des Kopfes, die Verf. als Mittellage bezeichnen möchte, angezeigt ist. Jedenfalls ist ein großer Teil der Schemata, die sich in den Lehrbüchern über die Körperlage und Kopfhaltung bei Lumbalpunktion finden, gewiß als falsch zu bezeichnen. Es geht nicht an, wie z. B. *Quincke* annimmt, allein aus einem erhöhten Druck auf organische postkommotionelle Störungen zu schließen. Ebensowenig ist es erlaubt, aus dem negativen Ausfall z. B. einer Cysternenpunktion etwa schon weitergehende Schlüsse auf Verlegungen der Liquorräume durch entzündliche Veränderungen zu ziehen. (Mitteilung erfolgt anderenorts ausführlicher.)

Diskussion: 1. *Baumann*-Essen: Die vom Vortragenden angeführte Angabe *Weigelts*, daß der Normaldruck des Liquors noch bis 300 mm

Digitized by Google

Wasser reiche, ist sicher falsch. Nach meinen an etwa 4—5000 Punktionen gewonnenen Erfahrungen ist ein echter Druck von über 170 mm stets pathologisch. Scharf zu unterscheiden vom echten Druck ist der sogen. Pseudohochdruck, der entsteht, wenn der Kranke bei der Punktion erregt ist oder preßt. In diesem Fall ist der gefundene Druck überhaupt nicht zu verwerten. — Das Vorwärtsbiegen des Kopfes mit nachfolgender Drucksteigerung ist weiter nichts als ein modific. *Queckenstedt*scher Versuch. Ein echter Liquorhochdruck ist bei Hirntraumatikern sicher als patholog. Symptom zu bewerten.

2. *Kehrer*-Münster: Die lumbale Liquordruckmessung wird noch immer viel zu wenig als das aufgefaßt, was sie ist: als Größe, die von zahlreichen und recht wechselnden physikalischen und psychologischen Faktoren abhängt. Wenn der Vortragende fand, daß die Angaben der Autoren über normalen Liquordruck zwischen 100 und 300 differieren, so beweist das am besten, daß hier mehreres nicht stimmt. *K.* verweist auf noch erhebliche Unterschiede bezüglich der Angaben von Autoren, welche sich mit dem Lumbaldruck bei Hirngeschwülsten beschäftigt haben, den z. B. Mandelboim in einer größeren Zahl seiner Fälle eher erniedrigt als erhöht fand.

3. *von Criegern*-Hildesheim: Zur Zeit der Ausarbeitung der Lumbalpunktion durch *H. Quincke* in der Kieler Medizinischen Klinik wurde besonderer Wert gelegt auf die Feststellung der Grenzen, innerhalb deren sich der Druck bewegt. Es wurde festgestellt, wie der *Valsalva*sche und der *Johannes Müller*sche Versuch wirkten, also die Erhöhung bzw. Senkung des venösen Drucks im Schädelinnern. Dann wurde beachtet, wie die Vorwärts- und Rückwärtsbewegung des Kopfes wirkte. Dieses aus einem kasuistischen Grunde: unter den ersten Lumbalpunktierten ging ein Fall durch »Gehirneinpressung« zugrunde. Es sollte durch diese Manipulationen geprüft werden, ob die Kommunikation zwischen Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit frei wäre. Für pathologisch — soweit die Beurteilung des Lumbaldruckes allein in Frage kam —, galt: 1. Nichtheruntergehen des Lumbaldruckes beim Saugversuch *Johannes Müllers* als beweisend für erhöhten Druck; 2. rasches und starkes Absinken des Lumbaldruckes als Warnungszeichen für Gefahr der Hirneinpressung. — Betreffs der Lagerung verlangte Wernicke vollständig horizontale Lagerung der Sagittalebene.

10. *Grimme*-Hildesheim, erstattet ein eingehendes Referat über die durch das Polizeigesetz für Hannover neugeschaffene Lage betreffend polizeiliche Mitwirkung bei der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten. Er erörtert an Hand von unliebsamen Fällen die gebotenen Maßnahmen.

Die Versammlung faßte darauf folgende Resolution: Der Polizeierlaß mag formal-juristisch berechtigt sein, er widerspricht aber allen Forderungen, die wir seitens der Anstaltspsychiatrie erheben können. Daher fordern wir für möglichst bald ein Irrenfürsorgegesetz.

11. *Klimke*-Münster: Über pathologische Schlafstörungen.

Klimke teilt einige Fälle verschiedenartiger Schlafstörungen mit, z. B. Fall I: ein 40 Jahre alter Nachtwächter klagt über eigenartige »Anfälle« von Bewegungsunfähigkeit, die auftreten, wenn er sich des Abends oder Nachts nach Kontrollgängen in seinem Dienstzimmer an den Tisch

Digitized by Google

setzt, um im Nachtbuch Eintragungen zu machen. Dann bemerkt er plötzlich, obgleich er noch bei vollem Verstand ist, daß er kein Glied seines Körpers mehr rühren und auch nicht rufen kann. Es überkommt ihn dann eine entsetzliche Todesangst. Nach einigen Minuten, es könnten auch Sekunden sein, ist der Anfall vorüber. Bei Geräuschen, z. B. Türschlagen bricht der Anfall sofort ab, und er wird wieder Herr seiner selbst. Er hat bemerkt, daß solche Anfälle nur auftreten, wenn er körperlich ermüdet und etwas vorausgegangen ist, was ihn irgendwie so erregt, daß er beim Alleinsein daran denken muß.

Fall II: Bei ihrem 7jährigen Töchterchen bemerkt die Mutter, daß es morgens, wenn es geweckt wird, die Augen verdreht, auf Fragen unverständliche Laute von sich gibt und einen geistesabwesenden Eindruck macht; es geht aber richtig und führt auch alle Gewohnheitsbewegungen richtig aus. Erst nach einer halben Stunde wird es auch geistig wach. Solche Zustände treten nur auf, wenn das Kind aus dem Schlafe geweckt wird und nicht, wenn es, wie z. B. in den Ferien, von selbst erwacht.

Fall III: betrifft eine 19jährige Kranke mit typischem Nachtwandeln.

Es sind das also Schlafstörungen, bei denen das »Motorium« zuerst einschläft, (Fall I) bzw. zuerst erwacht (Fall II) oder wie beim Nachtwandeln (Fall III) eine zeitlang wach bleibt und dann wieder einschläft. *Pfister* spricht bei Fällen, wo zuerst das Bewußtsein wiederkehrt von »verzögertem psychomotorischen Erwachen«. Analog dazu könnte man bei den Fällen wie Fall I von »verzögertem sensorischen Einschlafen« und Fall II von »verzögertem sensorischen Erwachen« sprechen, während beim Schlafwandeln nur vorübergehend der psychomotorische Schlaf unterbrochen ist. *Klimke* will damit einen Beitrag für die Richtigkeit der Annahme bringen, daß der Schlaf ein Dissoziationszustand ist, d. h. daß die einzelnen Hirnzentren die Schlafperiode gesondert durchmachen und die im Wachzustande vorhandenen Bindungen der Zentren untereinander fortfallen. Die genannten Schlafstörungen gehören dann zu den krankhaften Dissoziationszuständen. *Klimke* entwickelt dann, unter Zugrundelegung der Theorie *Rosenthals*, daß das normale Erwachen ein Kettenreflex ist, an einem Schema den Vorgang der krankhaften Schlafzustände, ohne damit sagen zu wollen, daß die Verhältnisse in Wirklichkeit so liegen.

Diskussion: *Steinitz*-Hannover fragt, wie sich das subjektive Erleben der Lähmungszustände gestaltete. War ein Gefühl der Fremdheit im Sinne des Beeinflußt- oder Gezwungenwerdens vorhanden? Hinweis auf die Wichtigkeit des Vergleichs derartiger Zustände mit dem Erleben der Schizophrenen gegenüber ihren motorischen Störungen.

12. *Holthaus*-Münster i. W.: Zur Untersuchung und Pathologie des Geruchsvermögens.

Holthaus berichtet über eine auf Anregung von Professor *Kehrer* an der Nervenklinik Münster i. W. eingeführte Zusammenstellung von Riechstoffen zur Prüfung des Geruchssinnes. Seine Geruchsskala enthält nur solche Stoffe, die möglichst »lebensnah« sind, d. h. denen jeder Mensch im täglichen Leben häufig begegnet, und die deshalb bei jedem als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Dadurch wird dem zu Untersuchenden die Bestimmung der einzelnen Riechstoffe erleichtert und vermieden, daß vom Untersucher Fragen gestellt werden, die mehr oder weniger

Digitized by Google

suggestiv wirken. Auf Grund einer Reihe von Untersuchungen an Gesunden fand H. folgende Geruchsskala:

I. Schwache Riechstoffe: Kakaopulver, Alkohol in Form des einfachen Kornbranntweins.

II. Mittelstarke Riechstoffe: Terpentin, Petroleum oder Benzin.

III. Starke Riechstoffe: Gemahlener, gerösteter Kaffee, Vanille in Stangenform, Essig, Mandelgeruch in Form von Benzaldehydzyanhydrin gelöst in 96% Alkohol, schwarzer Pfeffer, Pfeffermünz in Form von Aqua Menthae piperitae.

Es lag in der Natur der gestellten Aufgabe, daß auch eine Reihe von Gewürzen benutzt werden mußte. Manche Autoren behaupten zwar, daß diese bei Ausfall des Olfactotius allein vermöge des Trigeminus wahrgenommen würden. Demgegenüber konnte *Börnstein* bei einem Schädelverletzten mit Anosmie und erhaltenem Trigeminus feststellen, daß Kaffee nicht erkannt wurde. *H.* gibt lediglich als wahrscheinlich zu, daß zur Wahrnehmung beißender Stoffe allein der Trigeminus genügt.

Bei der Geruchsprüfung einer großen Anzahl von Epileptikern im Epileptikerheim Maria-Hilf in Tilbeck bei Münster i. W. fand sich, daß zwar sämtliche der vorgesetzten Gerüche wahrgenommen, jedoch nicht auch nur einigermaßen sicher bezeichnet wurden, wobei von den Untersuchten in der Regel versichert wurde, daß ihnen der Geruch zwar bekannt vorkäme, sie ihn aber nicht benennen könnten. Es zeigte sich ferner, daß je länger die Epilepsie bestand, um so deutlicher dieser Ausfall in Erscheinung trat. H.s Ansicht nach handelt es sich hierbei nicht um eine Geruchsagnosie, sondern um eine Unfähigkeit, den Namen des Riechstoffes im Augenblick der Prüfung zu reproduzieren, d. h. um eine erschwerte Wortfindung. Er führt diese auf die Schwerbesinnlichkeit der Epileptiker zurück. Die Frage, wieweit jedoch dabei die von neueren Autoren in 60% der Fälle gefundene Sklerose des Ammonshornes, das nach *Cajal* das kortikale Riechzentrum darstellen soll, auch eine Rolle spielt, läßt er offen, zumal die Ansicht *Cajals* in letzter Zeit nicht unbezweifelt gelassen wurde.

13. *Hoch*-Göttingen: Atropinversuche bei katatonen und anderen Geisteskranken.

Es wurden Versuche mit steigenden Atropindosen bei Geisteskranken gemacht, besonders bei katatonen Schizophrenen. Die Versuche wurden so durchgeführt, wie man neuerdings therapeutisch bei den chronischen Enzephalitikern verfährt. Bei den Enzephalitikern hat sich die Behandlung mit steigenden Atropindosen bewährt. Bei den Geisteskrankheiten wurde in steigenden Dosen bis zu 20 mg Atropin pro die gegeben. Wesentliche Veränderungen im Befinden der Kranken traten im Gegensatz zu den Enzephalitikern nicht auf. Eine Besserung der psychischen Störungen war nicht zu erzielen. Insbesondere wichtig ist die Feststellung, daß Schizophrene mit katatonen Haltungsanomalien keine Änderung in ihrem Verhalten zeigten, ein Beweis dafür, daß bei der Katatonie nicht eine extrapyramidale Störung vorliegt wie bei den Enzephalitikern, wie das öfters behauptet wurde. Bei den Versuchen mit den steigenden Atropindosen sind eine ganze Reihe Veränderungen im vegetativen Nerven-

Digitized by Google

system beobachtet worden, worüber wir in einer ausführlichen Veröffentlichung berichten werden.

14. *Willige*-Ilten-Hannover: 50 Jahre Familienpflege in Ilten.

Genau vor 50 Jahren hat Geheimrat *Wahrendorff*, der Gründer der Anstalt Ilten und der Iltener Familienpflege in der Jahresversammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens seinen ersten Bericht über die familiäre Irrenpflege in Ilten erstattet. Er fand zunächst wenig Zustimmung in dem Kreise seiner Fachgenossen, hielt aber zäh an dem für richtig Erkannten fest und hat in relativ kurzer Zeit die Iltener Familienpflege zu einer vorbildlichen Einrichtung der praktischen Irrenfürsorge entwickelt. Er begann die Familienpflege in Ilten mit 4 Pfleglingen, konnte aber bald bereits über 30 Pfleglinge berichten. Nach 10 Jahren befand sich über die Hälfte des Krankenbestandes der Iltener Anstalt in Familienpflege (von 199 Kranken 110 Familienpfleglinge!). Das ist der höchste Prozentsatz, der erreicht wurde. Weiterhin stieg die Gesamtkrankenzahl schneller als die der Familienpfleglinge, aber immerhin war mit unbedeutenden Schwankungen eine stete Zunahme der Zahl der Familienpfleglinge zu verzeichnen, bis 1914, wo bei einem Gesamtkrankenbestand von 625 180 in Familienpflege waren. In der Kriegs- und Nachkriegszeit sank die Gesamtkrankenzahl wie die der Familienpfleglinge, bis sie 1924/25 bei einer Gesamtkrankenzahl von 270 und 39 Familienpfleglingen ihren Tiefstand erreichte. Seit 1925 wurde mit dem Wiederaufbau der Familienpflege begonnen, der zunächst nur langsam vonstatten ging, aber eine stetige Zunahme zeigte, so daß wir jetzt 160 Familienpfleglinge haben bei einer Gesamtkrankenzahl von 870. — Die grundlegenden Gedanken und Methoden des Schöpfers der Iltener Familienpflege brauchten keine wesentliche Änderung zu erfahren, so daß wir auch beim Wiederaufbau der Familienpflege seinen Richtlinien folgen konnten. Grundsätzlich werden nicht mehr als 2, meistens nur 1 Pflegling in eine Familie gegeben, damit das gewünschte familiäre Leben der Kranken mit der Familie der Pfleger gewährleistet ist. Wir wählen am liebsten als Pflegeeltern kleine Bauern oder Handwerker, die einen eigenen Besitz haben. Die Anstalt zahlt den Pflegern pro Tag und Kranken 1 RM. Verpflegungsgeld, einerlei ob der Kranke mehr oder weniger Pflege bedarf oder mehr oder minder leistungsfähig ist. Von der Anstalt wird den Familienpfleglingen Kleidung und Schuhwerk geliefert. Die Familienpflege beschränkt sich auf Ilten und die drei nächstgelegenen Dörfer. Die Kranken kommen alle 14 Tage zum Wiegen, Baden und zur körperlichen Besichtigung in die Anstalt, werden im übrigen regelmäßig von den Ärzten und dem Oberpflegepersonal besucht. — Von ernsten Zwischenfällen ist während der langen Zeit der Familienpflege nur ein lebensgefährlicher Angriff eines Familienpfleglings auf den Sohn des Pflegers vorgekommen und zweimal ein Selbstmord. Entweichungen kommen naturgemäß relativ häufig vor, die Kranken werden jedoch meist sehr schnell wieder zurückgebracht. — Seit 1927 haben wir auch weibliche Kranke in Familienpflege gegeben, ohne daß bislang irgendwelche Zwischenfälle aufgetreten sind. Die Auswahl dieser Pfleglinge muß natürlich eine sehr sorgfältige sein

Digitized by Google

wegen der sexuellen Gefahr. — Die Iltener Familienpflege ist durchaus noch weiter ausbaufähig, da reichlich geeignete Pflegestellen zur Verfügung stehen, jedoch ist unser Krankenmaterial nicht derart, daß wir diese Pflegestellen voll ausnutzen können.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift.)

Nach Eigenberichten. *Kahle*-Göttingen.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Gerichtsverhandlung wegen Beleidigung von Irrenärzten und Pflegepersonals durch die Presse.

In einem ziemlich viel gelesenen Sensationsblatt einer größeren Stadt Mitteldeutschlands erschienen nach und nach 4 Artikel, in denen ein Arzt einer städtischen Irrenabteilung unter Namensnennung und eine bestimmte staatliche Heil- und Pflegeanstalt aufs schwerste beschuldigt wurden. In Großschrift wurde auf der ersten Seite der Zeitungsnummern auf die ungeheuren Mißstände usw. in der betreffenden Anstalt hingewiesen. Der Arzt wurde des Vergehens bzw. Verbrechens im Sinne von § 175 StGB. und von § 174, 3 (Vornahme unzüchtiger Handlungen mit in der Anstalt aufgenommenen Personen) beschuldigt. Von den Anstaltsärzten hieß es, daß sie Gesunde zurückhielten und das Personal nicht genügend beaufsichtigten, von den Pflegern, daß sie Geisteskranke beleidigten, reizten, verhöhnten, beschimpften und schlügen, ein Kranker sei offenbar bald nach einer Mißhandlung gestorben. Einen schwachsinnigen, sehr kräftigen Geisteskranken hätten die Pfleger abgerichtet, unbotmäßige Patienten aufs roheste zu mißhandeln. Einem Kranken, den sie nach einer Operation in einem benachbarten Krankenhaus in die Anstalt zurückgebracht hätten, hätten sie gewaltsam die Hände gehalten und ihn dadurch in der freien Bewegung beschränkt usw. Der Verwaltung wurde vorgeworfen, daß die Isolierzimmer, in die Kranke bei Unruhe nachts gebracht würden, im Winter eiskalt seien, daß allerlei unhygienische Verhältnisse bestünden: ungenügende Verabreichung von Handtüchern, Unsauberkeiten, schlechtes Essen. Weil bei Glatteis kein Sand gestreut worden sei, sei ein Kranker ausgerutscht und habe sich den Arm gebrochen, und die Ärzte hätten diesen Armbruch so schlecht geheilt, daß der Arm von einem Chirurgen wieder gebrochen werden mußte. — Die Angehörigen der in der Anstalt untergebrachten Kranken und die entlassenen Patienten wurden in einem Artikel aufgefordert, der Redaktion der Zeitung weiteres Material zu bringen.

Direktion und Verwaltung, Ärzte und Pfleger der betreffenden hochangesehenen Anstalten waren durch diese Artikel geradezu an den Pranger gestellt, die Angehörigen der hier untergebrachten Geisteskranken waren in größter Sorge. Die vorgesetzten Behörden entschlossen sich daher, wegen Beleidigung des wie gesagt namentlich genannten, schwer gekränkten Arztes sowie der Ärzte und des Pflegerpersonals der staatlichen Anstalt, Strafantrag gegen den Redakteur des Blattes zu stellen. Das Gericht war

Digitized by Google

schon in erster Instanz um sorgfältige Aufklärung der Angelegenheit bemüht gewesen und hatte den Redakteur zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt. Nach eingelegter Berufung ging das Landgericht in peinlich genauester Weise allen Beschuldigungen auf den Grund. Da die Verteidigung nicht abließ, immer neue Beweisanträge zu stellen, wurden Zeugen von nah und fern herbeigeholt; verschiedene bestätigten die angeblichen Mißstände keineswegs, einzelne hatten keine Ahnung von dem in ihre Wissenschaft Gestellten. Die Verhandlung des Berufungsgerichtes währte 4 volle Tage und fand z. T. in der staatlichen Anstalt statt. Der beauftragte psychiatrische Sachverständige hatte die Aufgabe, sich über die Vorgeschichte und die Krankheit der zu vernehmenden Zeugen, soweit es sich um früher oder gegenwärtig in der Anstalt befindliche Geisteskranke handelte, durch Einsichtnahme der Krankengeschichte oder, wenn die Einsicht in diese nicht erlaubt wurde, durch persönliche Untersuchung zu unterrichten und sich nach der Vernehmung durch das Gericht über Glaubwürdigkeit und Eidesfähigkeit der Betreffenden gutachtlich zu äußern. Viele waren nicht eidesfähig, an der Eidesfähigkeit einzelner war nicht zu zweifeln.

Das vorgebrachte Material, mit dem der angeklagte Redakteur den Wahrheitsbeweis erbringen wollte, war aus 5 Jahren und länger zusammengetragen. Der angeschuldigte Arzt hatte seine Kranken selbstverständlich auch körperlich untersucht, verschiedene davon natürlich auch über sexuelle Erkrankungen befragt und, wenn nötig, vor geschlechtlichen Mißbräuchen väterlich gewarnt. Bei der Untersuchung des Nervensystems waren selbstverständlich auch die Reflexe der unteren Bauchgegend, die Beschaffenheit der Bruchpforten, der Leistendrüsen und der Geschlechtsorgane geprüft worden. Das sorgfältigste Verhör aller Zeugen, die die Verteidigung bezeichnet hatte, erbrachte auch nicht den Anschein einer sexuellen Ausschreitung. Die besonders gütige Fürsorge des hochgeachteten Arztes auch für entlassene Kranke, ihnen erwiesene Wohltaten, die freundlichen Bemühungen, ihnen Arbeit zu verschaffen, waren in schmutziger Weise entstellt worden.

Wie war nun diese üble Nachrede, die in einen verbreiteten Klatsch ausgeartet war und zu den sensationellen Artikeln geführt hatte, entstanden? Ein schwerer Psychopath, schon vor dem Kriege wegen disziplineller Schwierigkeiten aus dem Offizierskorps verabschiedet, ein intelligenter, aber geltungsbedürftiger und ränkesüchtiger Mensch, der sich nach dem Kriege dem Morphium-, Kokain- und Alkoholmißbrauch ergeben hatte und schon oft wegen pathologischer Zustände in der städtischen psychiatrischen Krankenabteilung behandelt worden war, hatte bei einer in der Betrunkenheit unternommenen Autotour einen leichten Schädelbruch erlitten. An diesen hatte sich eine Kommotionspsychose mit Sinnestäuschungen und Erinnerungsdefekten, insbesondere Erinnerungstäuschungen, angeschlossen. Da er trotzdem erheblichen Alkoholmißbrauch trieb, wurde er wiederum in die städtische Anstalt gebracht. Mit Rücksicht auf die Vorgeschichte des Mannes trug eben dieser Arzt Bedenken, ihn nach eingetretener Besserung zu entlassen. Aus Rache dafür bezichtigte ihn der Kranke der erwähnten strafbaren Handlungen und bekam durch suggestive Befragung von Psychopathen und Schwachsinnigen bald das von ihm gesuchte Material, das er in langen Schriftsätzen dem Redakteur der Zeitung übergab. Obwohl dieser bereits zahlreiche Vorstrafen wegen Beleidigungen und Verleumdungen durch die Presse erhalten hatte, ließ er sich

Digitized by Google

nicht davon abhalten, hieraus einen Artikel gegen den Arzt zu formen, wodurch dessen Ansehen und Praxis sehr geschädigt wurden. Der erwähnte Kranke wurde, da ein längerer Anstaltsaufenthalt für ihn angezeigt war, in die zuständige staatliche Anstalt versetzt. Hier traf er verschiedene Mitkranke wieder und verbreitete, über die Versetzung aufs neue erregt, seine Feindseligkeiten gegen den Arzt immer weiter. In seiner Sucht, als Sachwalter angeblich gekränkter Personen aufzutreten, — er hatte sich schon früher oft querulatorisch betätigt — sammelte er nun alle Klagen, die dieser oder jener Patient vorbrachte, nahm sie sämtlich als richtig an, auch die Erzählungen Kranker über angeblich früher vorgekommene Ausschreitungen von Pflegern, und stellte sie wiederum in umfänglichen Berichten zusammen, die er der Zeitung übermittelte und nach seiner nach einiger Zeit erfolgten Entlassung mündlich noch weiter ausschmückte. Die Zeitung brachte in dem eingangs mitgeteilten Sinne einen Artikel über den andern. Der Denunziant trieb dann wieder stärksten Mißbrauch mit Schlafmitteln und Alkohol; schon immer bestehende eheliche Differenzen vermehrten sich, finanzieller Ruin kam dazu, er machte seinem Leben durch Vergiftung ein Ende.

Insgesamt kamen außer 7 Ärzten, einigen Beamten und 30 Pflegern 33 psychisch Kranke als Zeugen in Betracht, die zunächst durch einen Polizeikommissar befragt und zum Teil für die Verhandlung geladen wurden; die wichtigsten wurden in beiden Verhandlungen vernommen. Daß einige wenige Fälle ungeeigneten Verhaltens des Personals in dem langen Zeitraum von 5 Jahren und länger vorgekommen sind, mag als zutreffend angenommen werden; die Zahl und der Grad dieser Verfehlungen war aber gering. Die Anstaltsdirektion hat solche Fälle niemals geduldet, sondern energisch weiterverfolgt, sobald sie ihr zu Ohren kamen. Die Zeitung hatte aber in ihren Artikeln, was sie erfahren hatte, ohne es ausreichend zu prüfen, als richtig unterstellt und vieles in tendenziöser Weise übertrieben und verallgemeinert. Die Untersuchung ergab, daß es sich bei angeblichen Schimpfreden, die die Pfleger gebraucht haben sollten, mehrfach um Sinnestäuschungen Geisteskranker handelte, um Erinnerungstäuschungen Seniler, um phantastische Angaben von Patienten mit Verfolgungswahn, auch um offenbare Lügen von Psychopathen. Wie betreffs des angeschuldigten Arztes handelte es sich auch bei den Pflegern oft um Anstaltsmythen, die die Kranken gehört hatten. Einer hat sie dem andern nachgeredet, selbst aber nichts gesehen. Gegen das wenige, das tatsächlich passiert war, war alsbald vorschriftsmäßig vorgegangen worden. In einigen Fällen handelte es sich um verständliche und berechtigte Abwehr von Patienten, die die Pfleger beschimpften, ohrfeigten, und aufs schwerste bedrohten; ein solcher Kranker hat ausdrücklich angegeben, er als Kranker habe das Recht, die Pfleger zu schlagen. In einem Falle stellte sich heraus, daß ein Kranker, der aus dem Garten entweichen wollte, zu diesem Zwecke aus dem Gartenzaun eine Latte ausgebrochen hatte, daß ihn die Pfleger vom Entweichen durch diese Öffnung im Zaun zurückhielten, er aber nun die Pfleger brutal mit den Füßen gestoßen, mit der Latte auf sie losgeschlagen, geschrien und sich so ungebärdig benommen hatte, daß er aus dem Garten ins Haus getragen werden mußte. In diesem Moment war zufällig ein Arzt erschienen, der den Vorgang aufklären konnte; auch er hatte die größte Mühe gehabt, den wütenden Kranken von weiteren

Digitized by Google

Gewalttaten abzuhalten. — Mehrfach mußten Kranke wegen störender Unruhe und gewalttätigen Vorgehens gegen Mitkranke in einen anderen Raum oder auf eine andere Abteilung gebracht werden; da sie freiwillig nicht mitgingen, sich auch nicht beruhigten, war es notwendig, sie also gegen ihren Willen hinzuführen. — Ein schwer entarteter Morphinist verwundete sich selbst auf gefährliche Weise, um wieder Morphium zu erhalten und verschluckte außer Glassplittern, Schrauben, Nägeln u. dgl. eine Sicherheitsnadel, die aber innen im Kehlkopf stecken blieb und eine chirurgische Operation in der benachbarten Großstadt notwendig machte. Für den Rücktransport war den Pflegern aufs dringlichste ans Herz gelegt worden, wegen Lebensgefahr zu verhindern, daß sich der Kranke die in die Luftröhre eingelegte Kanüle herausriß. Sie mußten dem Patienten also die Hände halten, mit denen er immer wieder nach seinem Hals greifen und den Verband abreißen wollte. Es war sehr traurig anzuhören, wie sich dieser Mensch, dem es jetzt besser geht und der auch entlassen werden konnte, an den Schimpfreden über die Anstalt beteiligte — ein eigenartiger Dank für die außerordentlichen Bemühungen, die Ärzte und Personal gerade mit ihm gehabt hatten! Überhaupt war der Gesamteindruck, den die zum Teil vorbestraften und bereits mehrfach auf Irrenabteilungen untergebrachten Patienten machten, ein recht ungünstiger. In mehreren Fällen mußte der Vorsitzende des Gerichts energisch auf Ordnung dringen. — Wirklich nicht ohne Geschick waren für das, was sie beweisen sollten, besonders phantastische Psychopathen und suggestible Schwachsinnige ausgewählt worden. Es handelte sich um 2 schwachsinnige Epileptiker, 1 hysterischen Morphinisten, 2 Schwachsinnige mit organischer Hirnkrankheit, 4 Paralytiker, 1 senile Demenz, 3 Manisch-Depressive, 2 chronische Alkoholiker, 7 Schizophrene z. T. paranoider Form und 11 Psychopathen verschiedenster Formen, z. T. erregbarer, haltloser, gesellschaftsfeindlicher und oft zugleich schwachsinniger Art!

Was die hygienischen Beanstandungen anbetrifft, so stellte sich heraus, daß jeder Kranke von jeher wöchentlich ein Handtuch erhält und daß für das Abtrocknen nach dem Bad reichlich Badewäsche vorhanden ist. Isolierzimmer ohne Heizung gibt es überhaupt nicht in der Anstalt, die Heizkörper haben die Kranken vielleicht mehrfach nicht gesehen, da sie in der Wand verkleidet sind, damit sich niemand daran beschädigen kann; die gesamte Anstalt einschließlich der Isolierzimmer, Bäder und Korridore ist an das ausgezeichnet funktionierende Heizwerk angeschlossen. Die Anstalt ist überhaupt nach allen Regeln moderner Technik erbaut. Das Essen wird regelmäßig von Ärzten und Beamten geprüft; Ausstellungen von urteilsfähigen Personen sind sehr selten. Der Vorwurf, daß ein Kranker sich infolge ungenügenden Sandstreuens bei Glatteis auf der Anstaltsstraße den Arm gebrochen habe und daß dieser so schlecht behandelt worden sei, daß er im Krankenhaus später wieder gebrochen werden mußte, löste sich in der Weise auf, daß an dem betreffenden Tage, wo der Armbruch erfolgte, reichlicher Schneefall das Sandstreuen illusorisch machte, daß der Kranke den Arm gar nicht gebrochen, sondern sich gelegentlich eines Falles, an dem niemand schuld war, eine Luxation zugezogen hatte, die infolge Kapselrisses später erneute Auskugelung und eine entsprechende Operation zur Folge hatte.

Jedenfalls diente die langwierige Verhandlung zu einer wohltuenden

Digitized by Google

Entlastung der rücksichtslos und ungerecht Beschuldigten. Hierbei zeigte sich, wie nützlich es war, alle Gewalttätigkeiten von Kranken gegen andere in die Krankengeschichte einzutragen und Beschuldigungen des Pflegepersonals durch protokollarisch festgelegte Untersuchungen aktenkundig zu machen. Das Gebäude der Beschuldigungen stürzte fast restlos zusammen. Hatte der Redakteur wegen Beleidigung durch die Presse (§ 186, 200 StGB. und § 20 des Pressegesetzes) in der ersten Instanz 1 Jahr Gefängnis erhalten, so wurde diese Strafe jetzt auf $1^1/_2$ Jahr erhöht. Er hat die Kosten zu tragen, auch wurden dem beleidigten Arzte der städtischen Anstalt, der sich dem Strafverfahren als Nebenkläger angeschlossen hatte, sowie dem Oberbürgermeister und dem Ministerium des Innern die Befugnis zugesprochen, das Urteil auf Kosten des Angeklagten in drei Zeitungen abzudrucken. *G. Ilberg.*

Schüle-Denkmal: In der Heil- und Pflegeanstalt Illenau (Baden) wurde eine Bronzebüste *Heinrich Schüles*, ein Werk von Professor Volz in Karlsruhe, aufgestellt. *Sch.* war in Illenau von 1863—1890 als Anstaltsarzt und von da bis zu seinem am 9. 12. 16 erfolgten Tode als Direktor tätig. Er war Ehrenmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie und Mitglied psychiatrischer Gesellschaften in Brüssel, Genf, London, Moskau, Paris, Petersburg, Rom, Straßburg, Wien und Madrid. Sein vortreffliches Handbuch der Geisteskrankheiten erschien in der 3. Auflage unter dem Namen »Klinische Psychiatrie« und wurde ins Französische, Griechische, Italienische und Russische übersetzt. Die Nachricht von der nachträglichen Ehrung dieses hochverdienten Mannes, der seinerzeit zweifellos zu den Führern der Psychiatrie gehörte, werden die Fachgenossen mit Freude begrüßen.

Ruth Zechlin, Beschäftigungen für das kranke Kind. (Verlag Otto Maier, Ravensburg.) Kart. 3 RM., gebunden 3.50 RM.

Dieses mit vielen Photographien und Detailzeichnungen ausgestattete, Heiterkeit ausstrahlende Buch soll in erster Linie ein Beschäftigungsbuch für Kinder sein, allein es bringt eine Fülle von Anregungen, die einen fast unerschöpflichen Stoff auch für die Beschäftigung unserer, der Nerven- und psychisch Kranken bieten können. Wohlgemerkt, erheiternde Beschäftigung in arbeitsfreien Stunden am Mittag, am Sonnabendnachmittag, am Sonntag. Die Verfasserin will es außer in der Hand der Mutter wie der Krankenschwester auch in der Hand des Kindes sehen, und wie sie sich an das Kind selbst wendet, macht das Buch für den Leser zum Genuß (da ist z. B. ein Kapitel: Wie man sich das Kranksein schön machen kann). In der Geisteskrankenpflege ist das ansprechende kleine Werk ein nützliches Hilfsbuch für die Schwester und den Pfleger, die Kranke zu beschäftigen haben.

Eine Tabelle gibt zunächst allgemeine Ratschläge über die Wahl der Beschäftigung z. B. für Arbeiten im Sitzen, im Liegen, geistig nicht anstrengende, geistiganstrengendere usw. Von den 23 in der Einteilung angeführten Beschäftigungsarten sind 17 für größere Kinder und Erwachsene, also mindestens 20 für unsere Kranken geeignet. Alle sind mit leicht zu beschaffendem Material auszuführen; oft wird die Selbstherstellung der Spiele und Werkzeuge beschrieben, sodaß sich auch für männliche Kranke vielerlei leichte Beschäftigung findet. Neben vielen unterhaltenden und erfreuenden Dingen aus Papier

Digitized by Google

läßt die Verfasserin auch eine Menge nützlicher und hübscher Handarbeiten aus Wolle, Bast und Perlen in Wort und Bild entstehen, leitet zur Herstellung von Gesellschafts- und Geduldspielen an, gibt zum Schluß noch allerhand Rechenscherze und Rätsel auf und teilt Beschäftigungsspiele mit, mit denen man eine ganze Gesellschaft von geistig regeren Kranken unterhalten kann. Oberschwester Marie Müller (Sonnenstein).

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird in der Pfingstwoche 1932 in Bonn a. Rh. stattfinden. Begrüßungsabend Mittwoch, den 18. Mai, Sitzungen Donnerstag 19., Freitag 20. und wenn nötig Sonnabend 21. Mai.

Erstes Referatenthema: Über den Stoffaustausch zwischen Zentralnervensystem und übrigem Körper.

Referenten:

a) *Walter*-Bremen: Allgemeine Grundlagen des Stoffaustausches.
b) *Kafka*-Hamburg: Pathologie des Stoffaustausches.
c) *Spatz*-München: Farbstoffspeicherung und Stoffaustausch.
d) *Steiner*-Heidelberg: Mikrobiologie und Stoffaustausch.

Zweites Referatenthema: Der Alkoholismus und seine Behandlung.

Referenten:

a) *Bratz*-Berlin: Rechtliche und soziale Beziehungen des Alkoholismus und seine Behandlung.
b) *Pohlisch*-Berlin: Die Klinik des Alkoholismus. —

Vorträge (15 Minuten Dauer) und Demonstrationen anzumelden bei Prof. Dr. *G. Ilberg*, Dresden-Bl., Schubertstr. 41, möglichst bis Anfang März 1932; die Einladungen werden Mitte März 1932 versandt.

Personalia.

Gestorben: Professor Dr. *Rabow*, der, ehe er zur Pharmakologie überging, Professor der Psychiatrie in Lausanne war,
I. Oberarzt Dr. *Jess*-Eberswalde,
Nervenarzt Dr. *Wichura*-Bad Oeynhausen,
Professor Dr. *Minkowski*-Paris,
Professor Dr. *Scharnke*-Rostock,
Professor Dr. *Jakob*-Hamburg-Friedrichsberg,
Professor Dr. *v. Economo*-Wien,
Geh. Medizinalrat Professor Dr. *E. Meyer*-Königsberg,
Sanitätsrat Dr. *Asthower*, früher leitender Arzt d. Heil- u. Pflegeanstalt Klosterhoven in Jülpich-Hoven und
Oberarzt Dr. *Sierau*-Hamburg (Langenhorn).

Ernannt: zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück: Oberarzt Dr. *Kratke*-Osnabrück,
zum stellvertretenden Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar und zum Medizinalrat 1. Klasse: Dr. *Papst*-Eglfing-Haar,
zum außerordentl. Professor Dr. *Alfred Meyer*-Bonn, Privatdozent f. Psych. u. Neurologie,
zum stellvertretenden Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim und zum Obermedizinalrat: Dr. *Rahnenführer*-Leipzig-Dösen,
zum Bezirksarzt II Heidelberg: Medizinalrat Dr. *Herzog*-Wiesloch,

Digitized by Google

zum 1. Oberarzt an der Landesheil- u. Pflegeanstalt Königslutter der 2. Oberarzt und Medizinalrat Dr. *Stahr*,
zum 2. Oberarzt und Medizinalrat daselbst Anstaltsarzt Dr. *Schlüter*,
zum beamteten Anstaltsarzt daselbst Assistenzarzt Dr. *Müller*,
zum Anstaltsarzt an der Ostpreußischen Heil- und Pflegeanstalt Tapiau Reg.-Medizinalrat Dr. *Fritze*-Königsberg,
zum Oberarzt an der Landesheilanstalt für Jugendliche in Schleswig-Hesterberg: Assistenzarzt Dr. *Rücker-Embden*, Kiel, und
zu Oberärzten die Assistenzärzte Dr. *Preiser*-Sorau und Dr. *Lohwasser*-Landsberg.

Lebenslänglich angestellt: die Anstaltsärzte Dr. *Bach*-Bedburg-Hau, Dr. *Störring*-Bonn und Dr. *Müller*-Düren.

Angestellt als Regierungsmedizinalrat: die Hilfsärzte *Dürr*-Arnsdorf i. Sa., *Esser*-Hubertusburg, *Rinck*-Zschadraß, *Schulze*-Hubertusburg, *Grezeschiuchau*-Hochweitzschen und die Hilfsärztin Dr. *Moderau*-Leipzig-Dösen.

Versetzt: Regierungsmedizinalrat Dr. *Küffner*-Hochweitzschen nach Arnsdorf i. Sa.,
Dr. *Burkhardt*-Hamburg-Friedrichsberg nach Neuhaldensleben (Prov. Sachsen),
Regierungsmedizinalrat Dr. *Klempe* von Untergöltzsch nach Hochweitzschen,
Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Eichler*-Waldheim nach Leipzig-Dösen, und Regierungsmedizinalrat Dr. *Kieme*-Waldheim nach Untergölztsch.

Umhabilitiert von München nach Breslau Dr. *E. Guttmann*, Privatdozent f. Psych. u. Neurol.

Ernannt: Privatdozent Dr. *Luxenburger*-München zum korrespondierenden Mitglied der Wiener Gesellschaft für angewandte Psychopathologie und Obermedizinalrat Dr. *Cl. Neißer*-Breslau zum Ehrenmitglied der Vereinigung südostdeutscher Psychiater und Neurologen.

Nekrolog *Ganser:* Am 3. Januar 1931 ist in Dresden kurz vor Vollendung seines 78. Lebensjahres Geheimer Medizinalrat Dr. *Sigbert Ganser* nach längerer Krankheit verstorben. In ihm ist ein Psychiater dahingegangen, dessen Lebensarbeit für die Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis gleich bedeutend war.

Geboren am 24. Januar 1853 in Rhaunen im Hunsrück als Sohn eines Notars, studierte *Ganser* nach Beendigung des Gymnasialunterrichts in Würzburg und Straßburg Medizin und wurde dann Assistent von *Rinecker* in Würzburg, der damals die Kliniken für Geisteskranke und für Haut- und Geschlechtskranke leitete. Wer den Verstorbenen als Arzt persönlich gekannt und mit ihm gearbeitet hat, wird sich sagen, daß diese ärztliche Tätigkeit für psychisch und körperlich Kranke in seiner Assistentenzeit wohl mitentscheidend für seine ganze spätere Einstellung in seiner psychiatrischen Wirksamkeit gewesen ist. Denn *Ganser* hat immer neben den psychischen Symptomen den körperlichen Zustand seiner Kranken sorgfältig beobachtet. Den ganzen Menschen faßte er ins Auge; und wie er überhaupt von jeher den Fragen der psychiatrischen Therapie eifrig nachsann, war er immer besonders bestrebt, neben der seelischen Behandlung, in der er Meister war, die Psychosen von der somatischen Sphäre her thera-

Digitized by Google

peutisch zu beeinflussen. Gerade auch hierin, nicht nur in seiner klinischen Stellungnahme und Betrachtungsweise, trat ja die Selbständigkeit und Originalität seines nicht an bestimmte Schulmeinungen und Dogmen gebundenen ärztlichen Denkens stark hervor in einer Zeit, da die somatischen und therapeutischen Fragen in der Psychiatrie vielfach ungebührlich im Hintergrund standen. Entscheidend wurden aber für den Verstorbenen vor allem seine Lehrjahre bei *Gudden* (1877—1884), dessen Lieblingsschüler er nach dem Zeugnis *Kraepelins* war. *Gudden* wirkte nicht nur als hervorragender Forscher nachhaltig auf den jungen Arzt ein, sondern vor allem auch als der bedeutende Praktiker und Organisator, der er war. Gerade auf diesem Gebiete hat *Ganser* die in der Schule seines Meisters empfangenen Anregungen später in Dresden weiterentwickelt und sich auswirken lassen, indem er an der Organisation des psychiatrischen Anstaltsdienstes, an der Ausgestaltung der Irrenanstalt zum Krankenhause, an der Entwicklung der freien Behandlung schöpferisch mitarbeitete, besonders aber auch insofern er, als einer der ersten, eine krankenhausmäßige ärztliche Versorgung chronisch körperlich Kranker und Nervenkranker in seiner Dresdner Anstalt durchführte. In wissenschaftlicher Hinsicht bewirkte das Vorbild des Münchener Lehrers eine energische Hinwendung *Gansers* zu hirnanatomischer Arbeit. Hiervon zeugen wertvolle Veröffentlichungen über die vordere Hirnkommissur der Säugetiere, über die periphere und zentrale Anordnung der Sehnervenfasern und über das Corpus bigeminum anterius, zur Anatomie der Katzenretina, über die Anatomie des vorderen Hügels vom Corpus quadrigeminum und besonders die vergleichenden anatomischen Studien über das Gehirn des Maulwurfs, auf Grund deren sich *Ganser* 1880 in München habilitierte. Stand sein Lehrer *Gudden* psychiatrisch-klinischen Fragen mit größter Skepsis gegenüber, so berichtet uns doch *Kraepelin*, daß *Ganser* schon in jener Zeit den klinischen Problemen großes Interesse zuwandte. Die Zusammenarbeit mit *Kraepelin*, der gleichfalls *Guddens* Assistent war und dessen intimster Freund *Ganser* nach *Kraepelins* eigenem Ausspruch wurde und blieb, bedeutete einen besonderen Gewinn jener Münchener Jahre für *Ganser*. Aber noch zu anderen namhaften Fachgenossen, die damals zu *Guddens* Füßen saßen — wie *Forel*, *v. Monakow*, *Nissl* —, trat er in anregende und wissenschaftlich fördernde Beziehungen.

Die Erkenntnis, daß den jungen psychiatrischen Dozenten der Münchner Schule unter den damaligen Verhältnissen nur sehr geringe Aussichten in der Universitätslaufbahn winkten, veranlaßte *Kraepelin* und *Ganser* im Jahre 1884, in den Anstaltsdienst überzugehen. *Ganser* übernahm eine Stellung an der Brandenburgischen Landesanstalt in Sorau. Bereits 1886 aber wurde er *Kraepelins* Nachfolger als Leiter der Irren- und Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses zu Dresden. Dresden blieb der Schauplatz seiner ausgebreiteten, erfolg- und segensreichen Wirksamkeit als Arzt und Forscher. In der zunächst von ihm übernommenen Krankenhausabteilung waren außer den schon damals zahlreich zuströmenden Geisteskranken noch viele Nervenkranke und chronisch innerlich Leidende zu behandeln. Erforderte schon hier die Ungunst der äußeren Verhältnisse Einsetzung der ganzen Kraft des leitenden Arztes, so fand *Ganser* bald vollends Gelegenheit, seine große organisatorische Begabung, seine Arbeitskraft und die in langer Lehrzeit erworbenen reichen Erfahrungen zu bewähren, als es galt, auf Grund der bereits von *Kraepelin* geschaffenen Pläne eine neue psychiatrische Beobachtungsstation in Angliederung an dort bereits bestehende

Digitized by Google

große Abteilungen für chronisch Geisteskranke und körperlich Sieche einzurichten. So entstand im Jahre 1889 das Dresdner »Städtische Irren- und Siechenhaus«, welches dann später als Städtische Heil- und Pflegeanstalt umbenannt wurde. (Neuerdings wird die Anstalt als »Stadtkrankenhaus Dresden—Löbtauerstraße« bezeichnet.) Damit hatte Dresden als eine der ersten deutschen Städte sein psychiatrisches »Stadtasyl« im Sinne *Griesingers*. Aber nicht nur die Organisation des irrenärztlichen Dienstes, die mühsame Arbeit zur Erlangung und Ausbildung eines brauchbaren Pflegepersonals, sondern vor allem auch die krankenhausmäßige Ausgestaltung der Fürsorge für die chronisch Kranken nahmen Zeit und Kraft des leitenden Arztes in den ersten Jahren über Gebühr in Anspruch, in denen *Ganser* den Grundplan schuf für die weitere Entwicklung der neuen Anstalt. Je mehr aber sich die ihm gestellten Einzelaufgaben vergrößerten, um so schwieriger wurde es für den einen Oberarzt, neben seinen sonstigen mannigfachen Obliegenheiten ihnen allein zu genügen. Daher wurde auf *Gansers* Betreiben nach einer Reihe von Jahren zunächst die Abteilung für körperlich Sieche einem besonderen Oberarzt unterstellt, während er selbst nur die ärztliche Leitung der immer noch sich entwickelnden psychiatrischen Beobachtungsabteilung und der wenigen Stationen für chronisch Geisteskranke behielt. Nach einer Reihe von Jahren waren nun auch die Abteilungen für chronisch Geisteskranke so erweitert und vergrößert worden, daß sie neben der psychiatrischen Beobachtungsstation eine richtige Heil- und Pflegeanstalt für die nicht besonders gefährlichen Geisteskranken darstellten, welche dauernd oder für längere Zeit der Anstaltsbehandlung bedurften, mochten sie heilbar sein oder nicht. Deshalb wurde im Jahre 1908 auf *Gansers* Betreiben auch dieser Abteilungskomplex einer »2. psychiatrischen Abteilung« der Anstalt von der Beobachtungsstation abgetrennt und einem besonderen leitenden Arzt unterstellt. Von da an arbeiteten also an der damaligen Dresdener Heil- und Pfleganstalt 3 Chefärzte unter *Gansers* Führung. Er selbst hat schließlich noch unmittelbar vor seinem 1923 erfolgten Übertritt in den Ruhestand den Schlußstein zu dieser Entwicklung der Anstalt gelegt, insofern er dafür sorgte, daß sein Nachfolger in der Leitung der ersten psychiatrischen Abteilung der Anstalt zum ärztlichen Direktor derselben ernannt wurde. War bis dahin, dank insbesondere *Gansers* hervorragenden persönlichen Eigenschaften, die Zusammenarbeit der 3 leitenden Ärzte schon immer in größter Harmonie erfolgt, so wurde durch Ernennung des ärztlichen Direktors doch auch nach außen hin einem organisatorischen Erfordernis Genüge getan, welches heute allgemein für psychiatrische Anstalten gilt.

Wie schon erwähnt wurde, spiegelt die Entwicklung der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt unter dem Verstorbenen in ihrer äußeren und inneren Organisation die Entwicklung unseres modernen Irrenwesens in vorbildlicher Weise wieder. Alle therapeutischen Errungenschaften der neueren Zeit führte *Ganser* alsbald ein. Als einer der ersten machte er seine Anstalt auch den Aufgaben der Trinkerbehandlung dienstbar. Er begründete noch vor der Selbständigmachung der 2. psychiatrischen Abteilung eine Familienpflege, so daß dann auf dieser Grundlage weitergebaut und die Familienpflege der Stadt Dresden zur Blüte gebracht werden konnte, bis der Krieg mit seinen wirtschaftlichen Folgen ihre Entwicklung abbrach. Angeregt durch *Gansers* Persönlichkeit und die von ihm ausgehenden wis-

Digitized by Google

senschaftlichen und praktischen Anregungen, haben an der Dresdner Anstalt eine große Anzahl von Ärzten ihre psychiatrische Schulung gewonnen.

Gansers überragende menschliche Persönlichkeit macht dem Verfasser seines Nachrufes die Arbeit leicht. Jeder, der mit *Ganser* gearbeitet hat, lernte alsbald seine ungewöhnliche Intelligenz und Geistesschärfe, seine große dialektische und formale Begabung kennen und bewundern. In ungewöhnlichem Grade war ihm die Gabe der Darstellung in Wort und Schrift verliehen. Eine damit einhergehende seltene Verbindung von persönlichem Mut, Tatkraft und diplomatischer Veranlagung befähigte *Ganser* in hohem Maße dazu, die dem Laien so fern liegenden und so fremdartigen psychiatrischen Sachverhalte verständlich zu machen. So lernte man als Arzt bei ihm besonders auch die Kunst, Gerichten und Behörden krankhafte Zustände zu erklären. Die Wirksamkeit des Verblichenen fiel ja zufällig gerade in eine Zeit, da sich das Irrenwesen besonders rasch entwickelte und an Bedeutung für das gesamte öffentliche Leben gewann. Es kam gerade jetzt für den an hervorragender Stelle tätigen Psychiater vor allem darauf an, psychiatrische Gesichtspunkte geltend zu machen und psychiatrische Forderungen auf den verschiedensten Gebieten des Lebens durchzusetzen. Seine geschilderte Veranlagung machte ihn in besonderem Maße hierfür geeignet. Er scheute vor Kämpfen nicht zurück, wußte aber doch stets in weiser Mäßigung die Grenzen des Erreichbaren einzuhalten. Bittere Erfahrungen infolge Verkennung seines Wollens und Wesens sind ihm wie jedem Kämpfer nicht erspart geblieben. Er hat die Kränkungen männlich getragen, und wir schulden ihm in dieser Hinsicht besonderen Dank. Wer ihm nahetrat, wußte freilich, daß hinter dieser gelegentlich nach außen hervortretenden anscheinenden Schärfe große gemütliche Werte lagen. Die Mannhaftigkeit, Vornehmheit und unbedingte Zuverlässigkeit seines Charakters hat er immer wieder bewährt.

Bei der Vereinigung solcher persönlichen Eigenschaften ist es verständlich, daß *Ganser* ein ganz hervorragender Psychotherapeut war. Seine Schüler werden es nicht vergessen, in welcher reichen Abwandlung des psychotherapeutischen Verfahrens er es verstand, jeden einzelnen Kranken in der gerade ihm angemessenen Weise anzufassen. Kein Wunder, daß er auch in seiner Privatpraxis große Erfolge hatte. Als Konsiliarius hat er eine segensreiche Tätigkeit ausgeübt. Unvergessen sind seine Verdienste um die Ärzteschaft in seiner Eigenschaft als deren Führer und in seinem Eintreten für die Hebung und Bildung des ärztlichen Standes. Auch das wissenschaftlich-medizinische Leben Dresdens hat er entscheidend beeinflußt. *Ganser* war wiederholt Vorsitzender der Dresdner Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. Er hielt dort wertvolle Vorträge und hat jahrelang durch Abhaltung von Fortbildungskursen psychiatrische Kenntnisse unter den Ärzten Sachsens verbreitet. Die Dresdner forensisch-psychiatrische Vereinigung hatte in ihm einen ihrer besten Förderer und Mitarbeiter.

Nach Abschluß seiner Münchener Dozentenzeit ist *Ganser* der Weiterentwicklung der psychiatrischen und neurologischen Wissenschaft nicht nur in steter Anteilnahme gefolgt, sondern er hat sie auch durch eigene wertvolle Mitarbeit weiterhin gefördert. Dabei betätigte er auch auf diesem Gebiete seine am meisten hervorragende Eigenschaft, eine in sich ruhende Persönlichkeit zu sein. Er hat sich nie von Schulmeinungen und Sonderrichtungen einfangen lassen. Wie schon vorhin erwähnt wurde, hat er auch in Zeiten, da die therapeutischen Fragen in der Psychiatrie ungebührlich

Digitized by Google

im Hintergrund standen, ihnen immer sein besonderes Interesse zugewandt. Es sei beispielsweise erinnert an seine Beiträge zur Behandlung des Delirium tremens, an seinen im Jahre 1910 gehaltenen Vortrag über psychiatrische Therapie. Gerade als Therapeut zeigte er den Arzt mit umfassender medizinischer Bildung und den vielseitigen medizinischen Denker. Den älteren Psychiatern ist aber vor allem seine wissenschaftliche Haupttat, die Beschreibung des nach ihm genannten Symptomenkomplexes in lebhafter Erinnerung. Wir haben es erlebt, welches Aufsehen diese Entdeckung damals machte. Wir erinnern uns des Gegenangriffs aus der damaligen Heidelberger Schule, den sie hervorrief, und wir dürfen heute in *Gansers* Aufstellung dieses Symptomenkomplexes einen der ersten Anstöße erblicken zur Hinwendung der klinischen Psychiatrie nach einer mehr analytischen Forschungsrichtung. Auch die übrigen Beiträge *Gansers* zur Hysterie- und Psychopathiefrage bedeuten außerordentlich wertvolle Bereicherungen unserer wissenschaftlichen Kenntnisse. Es war wohl nur eine natürliche Folge der besonderen Beteiligung *Gansers* an der Erforschung der Grenzzustände, daß er, namentlich in forensischer Hinsicht, in der praktischen Bewertung des Krankhaften auf diesem Gebiete weiterging, als wir das heute zu tun pflegen. Tatsächlich hat er in der Zeitphase, in die seine Wirksamkeit fiel, gerade auch in praktischer Beziehung viel auf diesem Gebiet getan und erreicht. Hat er doch besonders auch als Vorkämpfer der Alkoholfrage große bleibende Verdienste.

Bis in das 71. Lebensjahr ist es dem Verstorbenen beschieden gewesen, in seinem Beruf zu wirken. Auch dann durften wir uns noch jahrelang seiner großen geistigen Frische und Regsamkeit erfreuen, bis ein arteriosklerotisches Leiden die Schwingen seines Geistes lähmte und schließlich das Ende dieses segensreichen Lebens herbeiführte. Nachdem ihm bereits vor längerer Zeit als Opfer des Weltkrieges der geliebte einzige Sohn in den Tod hatte vorausgehen müssen, starb *Ganser* unter der aufopfernden Pflege seiner verehrungswürdigen treuen Lebensgefährtin und der einzigen Tochter, umsorgt zugleich von seinen ehemaligen ärztlichen Mitarbeitern.

Ehre seinem Andenken! *Ganser* wird in der Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft weiterleben. *P. Nitsche.*

Nekrolog *Adam.* Am 15. Juni 1931 starb der stellvertretende Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar, Obermedizinalrat Dr. *Hermann August Adam.* Geboren am 3. Oktober 1878 als Sohn eines bekannten Kirchenbaumeisters in Hildesheim, besuchte er dort Vorschule und Gymnasium, studierte in Erlangen, München, zuletzt in Kiel, wo er seine Studien mit der Approbation abschloß. Die Vertretung eines ihm befreundeten Arztes in Niederbayern führte ihn nach Bayern. Am 12. 10. 1903 trat er als Assistenzarzt in den Dienst der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg. 1903—1920 war er Oberarzt und stellvertretender Direktor an der oberpfälzischen Anstalt Wöllershof, wo er unbeirrt durch die Entsagungen, die diese kleine abgelegene Anstalt für ihn persönlich mit sich brachte, eine sehr rege organisatorische und ärztliche Tätigkeit entfaltete. Die Auflassung von Wöllershof und die dadurch notwendig gewordene Erweiterung und Modernisierung der alten Anstalt Regensburg stellte ihn nach seiner Rückkehr dorthin als 1. Oberarzt vor besonders lohnende, von ihm mit großem Geschick bewältigte

Digitized by Google

Aufgaben. Später fand die *Simon*'sche Arbeitstherapie in ihm einen begeisterten Anhänger. Er warb nicht nur in Wort und Schrift für dieselbe, sondern wußte auch als Abteilungsarzt und Leiter der Arbeitstherapie in der Anstalt die vielen praktischen Schwierigkeiten, die sich ihrer Durchführung entgegenstellten, restlos zu überwinden. Am 1. Januar 1929 wurde er als stellv. Direktor an die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing berufen. Auch hier zeigte er in den wenigen Jahren, die ihm noch vergönnt waren, dieselben hervorragenden Eigenschaften wie früher. Besonders für die Umstellung auf Arbeitstherapie, in der die Anstalt Eglfing gerade begriffen war, leistete er wiederum sehr Wertvolles. Trotz seiner mehr praktischen Einstellung war *Adam* auch literarisch tätig. Sein klarer und flüssiger Stil befähigte ihn besonders zu populärer Darstellung. 1925 erschien sein Buch: »Einführung in die Psychotherapie für Medizinstudierende und Ärzte« (Verlag J. F. Bergmann, München, 1925). Viel Anerkennung fand das illustrierte Werk: »Geisteskrankheiten in alter und neuer Zeit« (Verlag Buchhandlung Rath, Regensburg, 1927). Weitere Publikationen sind: »Dominierende Vorstellung, überwertige Idee, Zwangsvorstellung, Wahnidee«. Ferner: Über Fürsorge für geistig Abnorme« und »Über die Bewertung psychopathologischer Symptome und über die Behandlung Geisteskranker bis zu ihrer Verbringung in die Anstalt«. Als Mensch war *Adam* nach außen etwas verschlossen, innerlich eine fein empfindende, charaktervolle Persönlichkeit, seinen Kranken ein warmherziger Freund und den Mit-Ärzten und -Beamten ein durch und durch zuverlässiger Kollege. Bewundernswert war die Energie, mit der er gegen das seit Jahren seine Gesundheit unterwühlende Leiden (Tuberkulose der Lungen und Nieren) ankämpfte und es bis kurze Zeit vor seinem Tod keinen Einfluß auf Arbeitskraft und -freude gewinnen ließ. Ehre seinem Andenken!

Ast-Eglfing.

Nekrolog *August Forel* (1. September 1848 bis 27. Juli 1931), Dr. med., Dr. jur. h. c., Dr. ph. h. c., 1879—1898 Prof. d. Psychiatrie in Zürich.

Am 27. Juli 1931 ist *Forel* gestorben, gerade ein Menschenalter, nachdem er, fünfzigjährig, von seinem Amt als Direktor des Burghölzli zurückgetreten war. Den jüngeren Psychiatern wird er vielleicht in erster Linie geläufig sein durch sein Eintreten für die Abstinenz und dann als Autorität auf dem Gebiete des »Hypnotismus«. Aber dieser ist jetzt durch die »Psychoanalyse« abgelöst oder doch in den Hintergrund getreten. In den viel weiteren Kreisen gebildeter Laien ist er vor allem bekannt durch das meist gelesene seiner Bücher »die sexuelle Frage«, darüber hinaus als Monist und Pazifist und durch seine Kämpfe auf den verschiedensten anderen sozialen und ethischen Gebieten. So könnte es leicht sein, daß die Jüngeren in *Forel* über dem sozialen Agitator den Mann der Wissenschaft vergessen oder doch nicht mehr recht würdigen. Und doch war er von Haus aus nur Wissenschaftler und das ganz Eigenartige seiner Persönlichkeit besteht gerade darin, daß sein gesamtes soziales Wirken recht eigentlich aus seinen so mannigfachen wissenschaftlichen Forschungen herausgewachsen und ohne diese undenkbar ist.

Als Knabe war er so schüchtern, daß ihn die Mitschüler »la perdrix« (das Rebhuhn) nannten. Er hatte keinen Sinn für die Spiele der anderen Kinder; sondern begann schon im siebten Jahre mit Leidenschaft Insekten, insbesondere Ameisen zu beobachten, zu sammeln und mit ihnen zu experimentieren. Als seine religiöse Mutter das nicht gern sah, weil sie darin

Digitized by Google

einen Hang zur Tierquälerei erblickte, trat sein Großonkel der Entomologe *Alexis Forel* für ihn ein und nun durfte er seiner Leidenschaft frönen, der er bis an sein Lebensende treu geblieben ist. In einem der noch der Familie gehörigen Landgüter zeigte er mir 1898 im Garten einen großen Ameisenhaufen, den man ihm zu Ehren unberührt gelassen hatte, weil er daran, elfjährig, seine erste wissenschaftliche Beobachtung gemacht hatte. Schon in seinem elften Jahre entschied er sich mit aller Bestimmtheit für die Ameisen als Sonderfach, als ihm ein Spezialwerk in die Hände kam, das ihn auf's höchste begeisterte. »Ein zweiter Lichtstrahl« wurde für ihn dann Darwin's »Abstammung der Arten«, ein Buch, das ihm ein entomologischer Freund auf dem Gymnasium zu lesen gab. Er schloß daraus, das Gehirn müsse bei Tier und Mensch Organ der Seele sein, auch bei den Ameisen; unbedingt wollte er nun das Gehirn und dessen Funktionen vergleichend studieren: »Die Richtung meines Lebens war damit gegeben: Ameisen und Gehirn, beide wurden meine Religion!« Sein erstes großes Werk über die Ameisen, das in Paris und Zürich preisgekrönt wurde, schrieb er schon während der Universitätsjahre; und bis im achten Lebensjahrzehnt Augen und Hand den Dienst versagten, hat er unausgesetzt die Ameisen und vergleichend andere Insekten studiert, die Systematik, die Anatomie und Physiologie, die Biologie, insbesondere Sinnesorgane und Gehirn, immer ordnend, beobachtend, experimentierend. Er machte zu diesem Zweck mancherlei Reisen in Europa, Amerika und Afrika. Von überall her schickte man ihm Ameisen zur Bestimmung. Mit den ersten Formikologen stand er in persönlichem Verkehr. Er erwarb sich Weltruf auf diesem Gebiete und beherrschte es vollkommen. Diese Tätigkeit war ihm nicht nur Erholung und Zeitvertreib in den Mußestunden; sie war ihm Ausgangspunkt und Grundlage, von der alle seine wissenschaftliche Tätigkeit ausstrahlte. Die Beschäftigung mit der Seele der Tiere, ihrer Lebensweise, ihrer Instinkte, ihres Intellekts führten ihn mitten hinein in die mannigfaltigsten philosophischen, religiösen, ethischen Probleme und sozialen Kämpfe. Am Ende seines Lebens schrieb er noch mit der linken Hand ein fünfbändiges Werk: »Le monde social des fourmis«.

Von seinen wissenschaftlichen Interessen ganz in Anspruch genommen, wählte er die Medizin nur als Brotstudium und beschloß in den klinischen Semestern Psychiater zu werden, auch »um der Privatpraxis zu entgehen, die ihn je länger, je mehr anwiderte». Überhaupt war sein Lebensweg bis er eine auskömmliche Assistentenstelle gefunden hatte, durchaus nicht ohne Dornen. Er erzählte oft, welche Schwierigkeiten er auf der Schule gehabt hatte — mit den Sprachen, namentlich mit dem Auswendiglernen. Im Staatsexamen — allerdings noch sehr jung — fiel er das erste Mal durch — infolge Mißgunst und Ungeschicklichkeit seiner Examinatoren. Und als er sich nach gut bestandener Prüfung um eine Arztstelle an der neuen Irrenanstalt in Lausanne bewarb, wurde er schroff abgewiesen, weil er in einem Zeitungsartikel die waadtländische Regierung angegriffen hatte wegen ihrer Stellungnahme zur Prüfungsordnung. Man sieht, daß er auf der Universität die kindliche Schüchternheit bereits mit gutem Erfolge bekämpft und überwunden hatte. Während er aber so im praktischen Leben einige Mißerfolge verzeichnen mußte, hatte sein Forschertrieb in den Vorlesungen *Guddens* und *Huguenins* in Zürich über Hirnanatomie und Psychiatrie neue Nahrung, Anregung und Förderung gefunden. Die Zeit bis zur Wiederholung des Staatsexamens benutzte er, um in Wien bei *Meynert* eine hirnanatomische Doktor-

Digitized by Google

arbeit zu machen und als er nun in Lausanne abgewiesen war, bewarb er sich bei dem von ihm sehr verehrten *Gudden,* der inzwischen nach München berufen war, um eine Assistentenstelle — mit Erfolg! Aber auch hier betätigte er sich zunächst vorwiegend wissenschaftlich. *Gudden* beschäftigte ihn im Laboratorium. Die Kollegen, die ihn wegen seines Ameisen-Ruhmes anstaunten, aber über seinen sittenstrengen Lebenswandel spotteten, nannten ihn »Präparätchenassistent« und »den geschlechtslosen Arbeiter«. Doch jetzt focht ihn so etwas nicht mehr an. Mit demselben Eifer und mit derselben Gewissenhaftigkeit, mit denen er schon lange seinen entomologischen Studien oblag, vertiefte er sich nun auch in die Hirnanatomie, verbesserte das von *Gudden* erfundene Mikrotom, fertigte die erste große lückenlose Schnittserie durch ein menschliches Gehirn an und habilitierte sich auf Grund einer Arbeit über die Haubenregion. Nach fünfjähriger Assistentenzeit in München wurde er bereits tertio loco fast gleichzeitig für die Professur in Heidelberg und Leipzig vorgeschlagen und für die Stelle in Zürich in Aussicht genommen. Diese hat er auch schließlich erhalten, wenn auch wiederum erst nach mancherlei bedeutungsvollen Zwischenfällen. Auch in Zürich, wo er zwanzig Jahre amtierte, blieb er der Hirnanatomie treu, viel im Laboratorium arbeitend, seiner Art gemäß gewissenhaft beobachtend und kritisch prüfend. 1887 schrieb er seine bedeutendste Arbeit auf diesem Gebiete: »Einige hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse« (Archiv f. Psych. 1887), in der er gleichzeitig mit *His* die Neuronenlehre konzipierte.

Wenn er damit seine hirnanatomische Arbeit mehr weniger zum Abschluß brachte und nicht wiederaufnahm, so liegt der Grund hierfür vor allem darin, daß er gerade um diese Zeit von einem neuen Problem gepackt wurde, das ihn jahrelang fast ganz in Anspruch nahm und bis zu seinem Schlaganfall 1912 nicht mehr losließ, dem Hypnotismus. Schon als Kind hatte er im Elternhaus von Mesmerismus gehört und sich in seiner Weise damit beschäftigt, ohne zur Klarheit zu kommen. Da fiel ihm *Bernheims* Buch über die Suggestion in die Hände. Er horchte auf, reiste nach Nancy und »kehrte als perfekter Hypnotiseur nach Zürich zurück«. Mit Feuereifer trat er nun für die Nancyer Schule gegen *Charcot* in Paris ein, der *Bernheim* bekämpfte — im wesentlichen nicht beachtete. *Forel* war der Mann dazu. Er, der bis zum 18. Jahre und wieder vom 50. ab in seiner welschen Heimat, die Zwischenzeit im deutschen Sprachgebiet verbracht hat, war in beiden Sprachen und Kulturgebieten gleich zu Hause. Er rühmte oft die vielen verschiedenartigen Kulturzentren Deutschlands gegenüber der Alleinherrschaft von Paris in Frankreich, wo die provinziale Universität Nancy nichts zu bedeuten hatte. Sein »Hypnotismus« erschien zuerst 1889, in summa in 14 neuen Auflagen; es ist dasjenige seiner Bücher, das er am sorgfältigsten immer wieder durchdacht und durchgearbeitet hat. Bald darauf begründete er zusammen mit *Oskar Vogt* das »Journal für Psychologie und Neurologie«, in dem er auch 1915 die eigene Krankengeschichte seiner Apoplexie veröffentlichte. Mit allen namhaften Vertretern des Hypnotismus stand er in regem persönlichen und schriftlichem Gedankenaustausch. Massenhaft pilgerte man in den neunziger Jahren nach Zürich, um sich dies Wunder anzusehen. *Forel* experimentierte und kurierte damals sehr viel hypnotisch. Wenn auch die wissenschaftliche Ausbeute aller dieser Arbeiten bedeutend war, so hat doch diese Therapie nicht die Verbreitung gefunden, die man damals erwartete. Allerdings amüsierte es mich, wie *Nonne* mit seinen hypnotischen Vorfüh-

Digitized by Google

rungen auf der Kriegstagung der Psychiater und Neurologen in München 1916 wieder ebenso angestaunt wurde, wie *Forel* ein Vierteljahrhundert früher in Zürich. Hypnotisieren ist eben eine Kunst, zu der eine besondere Begabung gehört. *Forel* übte sie mit viel Geschick aus und hat zahllosen Patienten geholfen, namentlich auch noch 1898 bis 1912 in seiner Privatpraxis am Genfer See, die ihn nun doch wider alle Erwartungen des einstigen Züricher Studenten — noch vollauf befriedigen sollte.

Eine andere Wurzel vielseitiger wissenschaftlicher, nun aber besonders auch praktischer Tätigkeit reicht ebenfalls bis in die Münchener Zeit zurück. »*Gudden* war reizend mit uns« sagt *Forel* und danach muß er eine wirklich bestrickende Persönlichkeit gewesen sein; den Anstaltsbetrieb habe er theoretisch wundervoll beherrscht — nicht aber praktisch. Ich setze Zweifel in diese Kritik *Forels* — welcher Schüler wäre restlos mit seinem Lehrer zufrieden? Ich erwähne das nur, weil *Forel* offenbar in der Münchener Anstalt sich schon mit dem ihm eigenen Eifer selbständig im Abteilungsdienst betätigt und durchgesetzt hat. Die 1870 erbaute, damals hochmoderne Anstalt Burghölzli, die *Forel* 1879 übernehmen sollte, war von Anfang an — wie so manche Irrenanstalt — Zielscheibe politischer und journalistischer Hetzereien. Schon als erster Direktor hatte *Gudden* darunter zu leiden gehabt und war froh, nach zwei Jahren nach München gehen zu können, wo es freilich auch viel zu reformieren gab. *Guddens* Nachfolgern in Zürich: *Huguenin* und *Hitzig* ging es nicht besser wie ihm. *Gudden* konnte aber *Forel* von diesen Übelständen schon in München ein Lied singen. 1879 war es soweit gekommen, daß niemand »in die Hölle Burghölzli« gehen wollte, sodaß die Züricher Regierung *Forel* anflehen mußte, den Posten zu übernehmen. Er wurde auch zunächst nur als Sekundärarzt und nur »probeweise« angestellt, aber nicht in dem Sinne, daß man sehen wollte, ob er sich bewähre, sondern so, daß er abwartete, ob sich die Regierung endlich aufraffen und seine Forderungen erfüllen wollte. Mit der ihm von da ab in allen seinen Kämpfen eigenen und für ihn so charakteristischen Rücksichtslosigkeit und Geradheit hat er »diesen Augiasstall ausgemistet«, allen Widerständen und Widersachern zum Trotz, um schließlich auf der ganzen Linie Sieger zu bleiben. Manche grundsätzliche Forderungen in der Anstalt und in der Fakultät hat er durchgesetzt, so vor allem die Subordination des Verwalters — eine damals allgemein und besonders in der Schweiz brennende Frage — und die Anerkennung der Psychiatrie als Prüfungsfach im eidgenössischen Staatsexamen, ein Ziel, das die deutschen Psychiater erst später erreichten. So wurde er bald die führende Persönlichkeit auf diesen Gebieten in der Schweiz und über deren Grenzen hinaus und daraus ergaben sich eine Menge von einzelnen Aufgaben, die er nun alle wissenschaftlich fundierte: »Warum, wann und wie sperrt man Menschen in Irrenanstalten ein? Geistesstörung, Gesetz, Moral und Strafanstalten« ist der charakteristische Titel eines kleinen Aufsatzes, den er »vorahnend« für den Jahresbericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke 1884 schrieb. Das war um die Zeit, in der *Kraepelin* seinen Aufsehen erregenden Aufsatz über »die Abschaffung des Strafmaßes« schrieb (»Fort mit dem Strafmaß« pflegte ihn *Forel* zu nennen), um die Zeit, in der von *Liszt* in Halle mit den Strafrechtlern *Prinz* in Brüssel und *van Hamel* in Amsterdam die Internationale kriminalistische Vereinigung gründete, der auch *Forel* bald als Mitglied beitrat. Das war die Zeit, in der *Stoos* erst den ersten schweizerischen, dann den österreichischen Strafgesetzentwurf ausarbei-

Digitized by Google

tete. Alles Schöpfungen, die damals geradezu revolutionär wirkten, aber Gedanken, die heute, wenn auch noch so sehr umgewandelt, die Grundlagen des heutigen schweizerischen und unseres deutsch-österreichischen Strafgesetzentwurfes bilden. Auf die vielen verschiedenen praktisch-wissenschaftlichen Arbeitsgebiete, die *Forel* so auf Kongressen und in Aufsätzen aller Art behandelte, möchte ich hier nicht eingehen; nur auf eines, das mir für die Sache ebenso wie für den Mann charakteristisch erscheint.

Anfang der achtziger Jahre schrieb ein früherer Trinker des Burghölzli aus der evangelischen Trinkerheilstätte Chrischona (Basel) an *Forel,* er der Direktor der staatlichen Heilanstalt habe ihn nicht kurieren können, wohl aber ein Laie vom Blauen Kreuz. Da die »Säufer« damals für unheilbar galten, würde mancher Professor wohl mit achselzuckendem Lächeln auf einen derartigen Brief reagiert haben. *Forel* schämte sich und als durch einen Zufall bald darauf der spätere langjährige Leiter von Ellikon, der damalige Schuhmacher Bosshardt, Vorsitzender des Blauen Kreuzes, zu ihm kam, bat er ihn, seine Trinker zu betreuen und hielt diese von nun an alkoholfrei im Burghölzli! Das war im Herbst 1886. Auf der deutschen Psychiaterversammlung 1887 erklärte *Pelman* als Berichterstatter unter allgemeiner Zustimmung, es gehe nicht wohl an, den Alkoholikern in der Irrenanstalt den Alkoholgenuß zu verbieten, den man allen anderen Patienten gestatte. Im Sommer 1888 berichtete *Forel* auf der südwestdeutschen Neurologenversammlung über seine zweijährigen Ergebnisse der neuen Behandlungsmethode (Münch. med. Wochenschr. 1888 Nr. 26). In klassischer knapper Form umreißt er das ganze Problem der Abstinenzbehandlung überhaupt, in der Trinkerheilstätte im besonderen: die Größe der Anstalt, die ausschlaggebende Bedeutung des »Hausvaters«, den Wert religiöser Beeinflussung (bei interkonfessioneller Toleranz), die Form der ärztlichen Leitung, das Verhältnis der Heilbaren zu den Unheilbaren und die Forderungen de lege ferenda! Im folgenden Jahr eröffnete er die erste derartige Heilstätte: Ellikon (es gab damals nur wenige, religiös geleitete, Asyle), die alsbald Vorbild wurde und blieb. Damals begründete er die Notwendigkeit von Trinkerasylen noch mit dem Hinweis darauf, daß man Irrenanstalten nicht alkoholfrei halten könne. Als er einige Jahre darauf las, daß man in einer englischen Anstalt ein allgemeines Alkoholverbot für alle Patienten eingeführt hatte, folgte er im Burghölzli diesem Beispiel, und verschiedene seiner Schüler folgten wieder dem seinigen. Wir alle waren über die Leichtigkeit, mit der sich das damals fast unerhörte Experiment durchführen ließ und über dessen glänzende Erfolge überrascht. Heute liegen diese Dinge ganz anders! Aber noch heute ist die Trockenlegung der Irrenanstalt das erstrebenswerte durchaus noch nicht allgemein erreichte Ziel. Und die Erziehung zur Abstinenz als Zentralideee der Anstaltsbehandlung (in Irrenanstalt und Trinkerheilstätte) in Form gebracht zu haben, ist und bleibt *Forels* Verdienst.

Die Therapie der Trunksucht konnte und mußte er bald andern überlassen, weil ihn die Bekämpfung des Alkoholismus im Allgemeinen ganz in Anspruch nahm und bis an sein Lebensende nicht mehr losgelassen hat. Als er nun aber 1898 Zürich verließ, war es noch ein Problem, das ihm besonders am Herzen lag: die sexuelle Frage! Lange hatte er schon den Alkohol und die Vererbung defekter Eigenschaften der Eltern als die zwei Hauptquellen geistiger und körperlicher Entartung der Rasse erkannt und bezeichnet. Die Alkoholfrage als die bei weitem einfachere hatte er zu-

Digitized by Google

erst in Angriff genommen. Nun kam die sexuelle Frage an die Reihe. Alle seine naturwissenschaftliche Einsicht und praktische ärztliche Erfahrung legte er in dem großen Werk nieder, das seinem Zweck entsprechend für gebildete Laien geschrieben, in erster Auflage 1904 erschienen und bezeichnender Weise seiner Frau gewidmet ist. Je älter er wurde, desto mehr trat begreiflicherweise die schöpferische wissenschaftliche Arbeit zurück, die soziale in den Vordergrund. Dabei hat er sich viele Gegner, sogar Feinde gemacht, aber auch viele Verehrer in den weitesten Kreisen erworben — auch unter den anders denkenden. Für die ihm näher stehenden Freunde war der Umgang mit ihm eine unerschöpfliche Quelle herzerquickender Anregung und Belehrung aller Art. Sehr eigenartig war der Stil seiner Schriften und seiner Rede. In ausgesprochenem Maße abhold jeder schönen Form und andererseits von rücksichtslosem Wahrheitsfanatismus beseelt, fand er doch immer Worte von größter Anschaulichkeit und Durchschlagskraft. Die Debatte war seine stärkste Seite und die ehrliche Rücksichtslosigkeit, die er für sich in Anspruch nahm, billigte er stets — auch dem viel jüngeren — Partner zu. Bei seiner Lebhaftigkeit und seinem Mitteilungsbedürfnis gewannen wir, ob wir wollten oder nicht, Einblick in alle seine Arbeiten und stets ließ er uns Teil haben an den Besuchen seiner so bedeutenden Freunde von nah und fern.

Ich wies darauf hin, daß die Ameisen Ausgangspunkt aller seiner wissenschaftlichen Arbeiten waren. Sie sollten auch bestimmend für sein Privatleben werden. In der Zeit zwischen München und Zürich machte er mit einem älteren entomologischen Freund, *Steinheil*, eine Forschungsreise nach Südamerika, wo dieser einem Hitzschlag erlag. Das erschütterte ihn tief. Er fühlte sich verantwortlich für den Unglücksfall und das kettete ihn noch fester an die schon vorher befreundete Familie, die Witwe *Steinheils* und die zwei halbwüchsigen Kinder. Vier Jahre später heiratete er *Steinheils* Tochter und nun kam er, wie er in seiner Autobiographie erzählt, nach den wechselreichen Wanderjahren seelisch erst ins Gleichgewicht, das ihm trotz schwerer äußerer Schicksalsschläge in restlos glücklicher Ehe 48 Jahre bis zu seinem Tode erhalten blieb. Seine Frau war ihm nicht nur Mutter seiner sechs Kinder, sie war ihm auch Mitarbeiterin im Burghölzli, wie später in seinem Hause im Waadtland, in dem Patienten und Freunde aus- und eingingen und oft tage- und wochenlang weilen durften. Das waren sehr viele und recht verschiedenartige Menschen. Wohl Keiner von ihnen hat sich dem seltenen Zauber entziehen können, der von der einzigartigen Gastfreundschaft dieses Hauses ausging. Als *Forel* jetzt im dreiundachtzigsten Lebensjahre von den immer drückender werdenden Altersbeschwerden durch den Tod erlöst wurde, da mußten wir ihm die so sehr ersehnte Ruhe im Nirwana gönnen. Aber mit wärmster Dankbarkeit für ihn und seine Frau blicken wir zurück auf all das, was uns dieses Haus, was uns dieser Mann in seinem langen Leben gegeben hat.

Delbrück-Bremen.

Nekrolog *Jakob:* Am 17. Oktober 1931 starb *Alfons Jakob*, außerordentlicher Professor der Hamburgischen Universität und Prosektor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.

Digitized by Google

Jakob wurde 1884 in Aschaffenburg geboren, studierte in München, Berlin und Straßburg, wo er 1908 das Staatsexamen bestand und mit der Doktorarbeit »Die Pathogenese der Pseudobulbärparalyse« promovierte. In Straßburg arbeitete er an den Kliniken von *Wollenberg* und *Moritz*. 1909 wurde er Assistent bei *Kraepelin* in München. Mit Feuereifer widmete er sich hier neben der klinischen Arbeit der anatomischen Forschung unter *Alzheimers* Leitung. Unermüdlich, von früh bis spät war er im Laboratorium tätig; sein ganzes Interesse war der wissenschaftlichen Arbeit gewidmet. Mehrere wichtige Arbeiten *Jakobs*, so insbesondere seine experimentellen Untersuchungen über traumatische Veränderungen des Zentralnervensystems, über die er auch 1910 in Baden-Baden berichtete, lenkten bald die Aufmerksamkeit auf ihn. 1912 übersiedelte *Jakob* nach Hamburg an die damals unter *Weygandt* in wissenschaftlichem Leben aufblühende Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. Auch hier versah er eine klinische Station, daneben aber unterstützte er den Prosektor Dr. *Kaes* und vertrat ihn während seiner Ende 1913 zum Tode führenden Erkrankung. So bedeutend war damals schon das wissenschaftliche Ansehen *Jakobs*, daß er 1914, erst 30jährig, zum Prosektor ernannt wurde. Der Krieg unterbrach dann die wissenschaftliche Tätigkeit *Jakobs*, der in Flandern in verschiedenen Lazaretten am Krankenbett tätig war. Als er nach dem Kriege in die Heimat zurückkehrte, nahm er mit Eifer die wissenschaftliche Tätigkeit in Friedrichsberg wieder auf. Er schuf hier ein hirnanatomisches Institut, das bald Weltruf genoß. Zahlreiche gründliche wissenschaftliche Arbeiten aus seinen eigenen Forschungen und von seinen Schülern, die aus Deutschland und aus dem Auslande, vor allem aus Nord- und Südamerika und aus Japan herbeikamen, gingen aus diesem Institut hervor. Zunächst wandte sich das Interesse *Jakobs* der Paralyse zu; eine ganze Reihe grundlegender Arbeiten trug er zu den hier auftauchenden Fragen bei. Dann fesselten ihn die Encephalitis und die extrapyramidalen Erkrankungen, die er anatomisch und klinisch gründlichst in seinem Buche »Die extrapyramidalen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie und Psychologie und der Pathophysiologie der Bewegungsstörungen« bearbeitete. Mehrere neuartige Erkrankungen, so insbesondere die nach ihm benannte »*Jakobsche* Pseudosklerose« konnte er klinisch und anatomisch beschreiben. An größeren Werken schenkte er uns die »Normale und pathologische Anatomie und Histologie des Gehirns« und »Das Kleinhirn«.

Bei der Gründung der Hamburgischen Universität 1919 habilitierte sich *Jakob* als einer der ersten; 1924 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. Mehrmals folgte er ehrenden Einladungen, so 1924 nach Nord- und 1929 nach Südamerika; überall wurde er gefeiert; überall machte er dem deutschen Namen Ehre. *Jakob* war ein glänzender Lehrer; unermüdlich und unerschöpflich regte er seine Hörer und insbesondere seine Schüler zu neuen Fragestellungen auf hirnanatomischem, physiologischem und klinischem Gebiete an. Es war überhaupt die Stärke *Jakobs*, daß er bei aller Spezialisierung nie die engen Beziehungen der Hirnanatomie zur Hirnphysiologie, zur Serologie und Liquorforschung und insbesondere zur Klinik vergaß und stets auch auf sie einging. Es zeugt auch von der Arbeitskraft und der Vielseitigkeit dieses seltenen Mannes, daß er es fertig brachte, in kurzer Zeit eine große Privat- und Konsiliarpraxis auf neurologischem und psychotherapeutischem Gebiete zu gründen. Stete Hilfsbe-

Digitized by Google

reitschaft, herzliches Mitfühlen, nie versagender Optimismus wurden ihm hier neben Gründlichkeit der Untersuchung und Umsicht in der Diagnostik allenthalben nachgerühmt. Und doch erschöpfte sich die kraftvolle Persönlichkeit *Jakobs* auch hierin nicht; immer hatte er noch Zeit für mannigfache schöngeistige Interessen, für Kunst und Wissenschaft, für Sport und Reisen und vor allem für die Pflege eines regen Freundesverkehrs und einer verfeinerten Geselligkeit. Auf der Höhe des Lebens, im Alter von erst 47 Jahren, nach kurzer schwerer Krankheit, hat ihn das Schicksal ereilt; so wird er als ein von Kraft und Leben Erfüllter, der jederzeit viel zu geben hatte, dauernd in unserem Andenken leben.

Meggendorfer-Hamburg.

Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Prof. Dr. *A. Jakob.*

1. Die Pathogenese der Pseudobulbärparalyse. Arch. f. Psychiatr. 1909.
2. Zur Symtomatologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der Kreislaufpsychosen. Journal f. Psychiatrie u. Neurologie 1909.
3. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Kleinhirnbrückenwinkeltumoren und von der diffusen Sarkomatose der Meningen des Zentralnervensystems. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1910.
4. Über die feinere Histologie der sekundären Faserdegeneration in der weißen Substanz des Rückenmarks (mit besonderer Berücksichtigung der Abbauvorgänge). Histologische und histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten 1912.
5. Experimentelle Untersuchungen über die traumatischen Schädigungen des Zentralnervensystems (mit besonderer Berücksichtigung der Commotio cerebri und Commotionsneurose). Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1912.
6. Zur Klinik und pathologischen Anatomie des chronischen Alkoholismus, zugleich ein Beitrag zu den Erkrankungen des Kleinhirns. Ebenda 19, 1912.
7. Epidiphtherische Bulbärlähmung (zusammen mit E. Trömner). Ebenda 1913.
8. Zur Pathologie der multiplen Sklerose mit besonderer Berücksichtigung der akuten Formen (zusammen mit *M. Fraenkel*). Ebenda 1913.
9. Mitteilungen über experimentelle Syphilis des Nervensystems (zusammen mit *W. Weygandt*). Münch. med. Wochenschrift 1913.
10. Über Hirnbefund in Fällen von Salvarsantod. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1913.
11. Neuere Ergebnisse der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. Jahreskursus f. ärztliche Fortbildung, Maiheft 1914.
12. Warum werden Syphilitiker nervenkrank?. (Zusammen mit *W. Weygandt*). Dermatologische Wochenschr. 1914. (Festschrift zur Eröffnung des neuen Instituts für Schiffs- und Tropenkrankenheiten, Hamburg.)
13. Experimentelle Syphilis des Nervensystems (zusammen mit *W. Weygandt*). Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 71, 1914.
14. Zur Pathologie der Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie 1914.

Digitized by Google

15. Zur Pathologie der diffusen infiltrativen Encephalomyelitis in ihren Beziehungen zur diffusen und multiplen Sklerose. Ebenda 1914.
16. Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem (zusammen mit *W. Weygandt* u. *V. Kafka*). Münch. med. Wochenschr. 1914.
17. Zum gegenwärtigen Stande der Histopathologie der Geisteskrankheiten. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, Maiheft 1918.
18. Zur Klinik und Pathogenese der postcommotionellen Hirnschwäche. Münch med. Wochenschr. 1918.
19. Über einen besonderen Fall von Commotionspsychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1919.
20. Die Entzündungsfrage im Zentralnervensystem. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, Maiheft 1919.
21. Über Entzündungsherde und miliare Gummen im Großhirn von Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Anfallsparalysen. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 52, 1919.
22. Zur Pathologie der Rückenmarkserschütterung. Ebenda 51, 1919.
23. Nachruf auf *Franz Nißl*. Dtsch. med. Wochenschr., 39, 1919.
24. Über die Arteriosklerose des Nervensystems. Med. Klinik, 32, 1919.
25. Über das Wesen der progressiven Paralyse. Dtsch. med. Wochenschr., 43, 1919.
26. Über die Endarteritis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 54, 1920.
27. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der stationären Paralyse. Ebenda, 54, 1920.
28. Über seltene Fälle von Lues des Zentralnervensystems. Vortrag a. d. Vers. d. nordwestdeutschen Vereins f. Psychiatrie u. Neurologie, Kiel 1920. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1921.
29. Die Bedeutung der Neurohistopathologie für die Erforschung der Geisteskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1920.
30. Über eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem anatomischen Befunde. Vortrag a. d. Jahresvers. d. Vereins d. deutschen Nervenärzte, Leipzig 1920. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 70, 1920.
31. Zur Ätiologie der Paralyse. Ref. med. Hamburg 1920.
32. Die atypische Paralyse (zusammen mit *Kafka*). Med. Klinik, 44, 1920.
33. Über einen Fall von Liquorlues (*Nast*) mit anatomischem Befunde im Zentralnervensystem (zusammen mit *E. Delbanco*). Archiv f. Dermatol. u. Psych. 129, 1921.
34. Über einen eigenartigen Krankheitsprozeß des Zentralnervensystems bei einer chronischen Psychose mit katatonen Symptomen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 66, 1921.
35. Über atypische Paralyse und paralyseähnliche Krankheitsbilder mit vergleichender Berücksichtigung des histologischen und parasitologischen Zustandsbildes. Vortrag a. d. Jahresvers. d. deutschen Vereins f. Psychiatrie 1921. Ref. im Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1921.
36. Der amyostatische Symptomenkomplex und verwandte Krankheitszu-

Digitized by Google

stände. Ref. gehalten a. d. 11. Jahresvers. d. Vereins deutscher Nervenärzte, Braunschweig 1921.

37. Über atypische Gliareaktionen, zugleich ein Beitrag zu der Frage nach den Gehirnveränderungen nach der *Addison*schen Krankheit. *Zieglers* Beiträge 1921. Festschr. f. *Bostroem*.
38. Zum Kapitel der paroxysmalen cerebralen Kinderlähmung. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., 68/69, 1921.
39. Über eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem anatomischen Befunde (spastische Pseudosklerose), Encephalomyelopathie mit disseminierten Degenerationsherden. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 64, 1921.
40. Über eine der multiplen Sklerose nahestehende Erkrankung des Zentralnervensystems (spastische Pseudosklerose) mit bemerkenswertem anatomischen Befunde. Mitteilung eines vierten Falles. Med. Klinik, 13, 1921.
41. Über einen Fall von Lepra mit Psychose (Leprapsychose?) Arch. f. Dermatol. u. Psychiatrie, 30, 1921 (zusammen mit *F. Meggendorfer*).
42. Histopathologie der Paralyse und Tabes und Spirochätenbefund. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk., 65, 1922.
43. Der extrapyramidale Symptomenkomplex. Vortrag im biologischen Verein Hamburg, November 1922. Dtsch. med. Wochenschr. 1922.
44. Beiträge zur amaurotischen Idiotie (zusammen mit *Globus*). Vortrag a. d. Psychiatervers. in Leipzig 1922. Zentralbl. f. d. ges. Neurol u. Psych. 1922.
45. Über Gehirnveränderungen bei hypophysärer Kachexie. Vortrag a. d. nordwestdeutschen Psychiater u. Neurologenversammlung 1923. Ebenda 1923.
46. Über zwei Fälle von *Simmonds*'scher Krankheit (hypophysäre Kachexie mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen im Zentralnervensystem). Virchows Archiv, 246, 1923.
47. Drei eigenartige Krankheitsfälle des mittleren Alters. Vortrag a. d. Nervenärztevers. in Danzig 1923. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1923.
48. Cortex und extrapyramidales System. Vortrag a. d. Psychiatervers. in Jena 1923. Ebenda 1923.
49. Die extrapyramidalen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie und Histologie und der Pathophysiologie der Bewegungsstörungen. Monographie mit 167 Abbildungen und 430 Seiten. Julius Springer 1923.
50. Über eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems nach einer Paratyphus B = Infektion. Virchow Archiv, 254, 1925.
51. The Anatomy, clinical Syndromes and Physiology of the extrapyramidal System. Arch. of Neurol. and Psych. Vol. 13 p. 596, 1925.
52. Zur Pathologie der extrapyramidalen Erkrankungen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 54, 1925.
53. Über Megalencephalie. Arch. f. Psychiatrie 1925.
54. Über Status marmoratus des Striatum. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1925.
55. Zur Klinik und pathologischen Histologie der Tabespsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 101, 1926.

Digitized by Google

56. Über miliare Gummen in der Großhirnrinde von Paralyse. Ebenda, 102, 1926.
57. Über das pathologisch-anatomische Bild der mongoloiden Idiotie (Nachuntersuchung von Dr. *Davidoff*). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 101, XLVIII. Heft 7/8.
58. Normale mikroskopische Anatomie des Kleinhirns, im *Möllendorff*schen Handbuche der mikroskopischen Anatomie des Menschen. Julius Springer, Berlin 1928.
59. Über die morphologische und funktionelle Gliederung des Kleinhirns. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1928, 105. (Festschrift zur Naturforscherversammlung in Hamburg.)
60. Zum Problem der Malariabehandlung der Paralyse. Wiener Klin. Wochenschr. 1928. (Festschrift für *Wagner von Jauregg*.)
61. Reisebriefe aus Südamerika. Dtsch. med. Wochenschr. Leipzig 1929, Heft 7/9.
62. Investigaciones de anatomia cerebral y neuro-psiquiatria clinica. Revista Medica, Leipzig 1929, Nr. 3.
63. Über die Veränderungen im Zentralnervensystem bei Gelbfieber (mit Herren *Amadeo Fialho* und *End. Lib. Villela*-Rio de Janeiro). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., 111, 1929.
64. Normale und pathologische Anatomie und Histologie des Großhirns (mit besonderer Berücksichtigung der Histopathologie der Psychosen und extrapyramidalen Erkrankungen). I. Band: Normale Anatomie und Histologie und allgemeine Histopathologie des Großhirns. Franz Deuticke 1927.
65. II. Band: Spezielle Histopathologie des Großhirns. 1. Teil. Franz Deuticke 1929.
66. Über die areale und laminäre Großhirnprozeßlokalisation bei den organischen Geisteskrankheiten. Vortrag in der psychiatrischen Abteilung der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf 1926. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1926.
67. Moderne Anschauungen über die multiple Sklerose. Zeitschr. f. ärztliche Forbildung 1930.
68. Die Syphilis des Gehirns und seiner Häute. 38. Abb. Handb. der Geisteskrankheiten. Bd. XI. S. 349—416. Berlin 1930. J. Springer.
69. Die Entwicklung der anatomischen Abteilung der Staatskrankenanstalt und Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Friedrichsberg. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 128, Heft 1—3, S. 173—178. 1930.
70. Über eigenartige frühinfantil einsetzende Erkrankungen des Großhirns mit besonderer Bevorzugung der grauen Substanz (Großhirnrinde, Striatum, Pallidum und Thalmus). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., 116. Bd., Heft 1—6, 1930.
71. Über ein dreieinhalb Monate altes Kind mit totaler Erweichung beider Großhirnhemisphären (»Kind ohne Großhirn«). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 117, 118 und 119. 1931.
72. Anatomische Gehirnforschung und Theorie. Psych.-Neurol. Wochenschr. 33. Jg., Nr. 25, 1931.
73. Zum 60. Geburtstag *Wilhelm Weygandts*. Die Med. Welt. 1930. Nr. 39.

Digitized by Google

Nekrolog *v. Economo:* Dem Rufe der Schriftleitung der »Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie« Folge leistend, greife ich, gleich wie schon vordem für die »Medizinische Klinik«, nunmehr nochmals zur Feder, um *Constantin Economos* zu gedenken, an dem Klinik und Hirnforschung so unersetzlich viel verloren haben.

Economo, einer reichen, baronisierten Patrizierfamilie entsprossen, war griechischer Abstammung, aber von Geburt Triestiner. Das alte Österreich mit seinem Völkergemisch beherbergte auch eine ganz stattliche Kolonie von Griechen, deren führende Familien — vielfach phanariotischer Herkunft — von jeher dem Adel gleichgehalten und auch mehrfach formell nobilitiert worden waren; sie lebten verstreut in den größeren Zentren der Monarchie, besonders aber in Triest und in Wien. Namentlich das Milieu Wiens übte, aus gesellschaftlichen Gründen schon, auf diese meist reichen und kultivierten Menschen — nicht wenige darunter errangen sich führende Stellungen innerhalb der kunst- und kulturfrohen Altwiener Gesellschaft — eine besondere Anziehungskraft aus, so daß sie hier schnell heimisch wurden. So wurde denn für *Constantin v. Economo* — mag er gleich, als seine Heimatstadt Triest nach dem für uns so bitteren Kriegsausgange an Italien fiel, italienischer Untertan geworden sein — Wien, wo er sein Domizil und seinen Wirkungskreis gefunden hatte und auch weiterhin behielt, die eigentliche Heimat seiner Seele. Und dies wurde es um so mehr, als *Economo* durch seine eigene Heirat und andere Familienbande aufs allerengste verbunden war mit dem österreichischen Hochadel — seine Witwe ist eine geborene Prinzessin *Schönburg-Hartenstein* aus dem österreichischen, katholischen Zweige dieses alten Geschlechtes, eine seiner Schwägerinnen eine gebürtige Prinzessin *Windischgrätz.* Überdies war er intim befreundet mit mehreren Gliedern des Habsburger- und Bourbonenhauses und wurzelte seelisch im alten Habsburgerreich und in jenem exklusiven Teile der Wiener Gesellschaft, der dessen Traditionen heute noch unentwegt hochhält. Daraus wie auch aus seiner Herkunft mag es sich wohl erklären, daß dieser große und im tiefsten Inneren sonst so vorurteilsfreie Forscher zwar deutsch gedacht hat — er betrachtete sich auch bewußt als deutschen Gelehrten und betonte stets den deutschen Charakter seiner, der Wiener Schule —, nicht aber deutsch empfunden, was sich auch in seiner kühlen Haltung gegenüber der deutschen Zusammenschlußidee wie in seiner persönlichen Hinneigung zur lateinischen Gesamtzivilisation offenbarte. Derlei Doppelseelentum war und ist noch für den österreichischen Hochadel und gewisse ihm affiliierte Patrizierschichten habsburgischer Traditionszugehörigkeit vielfach recht charakteristisch.

Diese Feststellung mag, soweit sie den nun von uns gegangenen Forscher betrifft, für uns Deutsche insofern einigermaßen betrüblich sein, als sie dartut, daß wir von dem Menschen *Constantin v. Economo* — und er war, wie jedem, der ihn näher kannte, sich offenbaren mußte, ein wahrhaft bedeutender Mensch — nur die Forscher- und Gelehrtenpersönlichkeit für uns reklamieren dürfen; diese freilich, und das darf uns ein Trost sein, voll und ganz, ihrem Entwicklungsgange nach wie in ihrem Wirken. *Economo* hat von Anfang an, schon in seiner Jugend in Triest, ausschließlich deutsche Schulen besucht, nachher zunächst die technische Hochschule und dann die medizinische Fakultät der Universität in Wien bezogen, letztere absolviert und hier auch das Doktorat der Medizin erworben, der

Digitized by Google

er sich aus reiner Lust und Liebe zugewandt hatte — er hat, auch darin aristokratischen Traditionen alten Stiles huldigend, nie eine besoldete Stelle angenommen und nie um Geld praktiziert. Schon als Student hat sich *Economo* der Hirnforschung und Neurologie gewidmet, unter *Obersteiner* und als Assistent *Exners* wissenschaftlich gearbeitet, hat sich auch im Deutschen Reiche umgetan, insonderheit an *Kraepelins* Klinik in München, wo er vor allem unter *Alzheimer* tätig war. *Kraepelin*, der große Begründer der modernen psychiatrisch-klinischen Systematik, hat *Economo* wissenschaftlich wie menschlich so hochgeschätzt, daß er ihn gerne ganz für sich gewonnen hätte und ihm eindringlich nahegelegt hat, an das Deutsche Forschungsinstitut überzusiedeln. *Economo* hat aber diesen Antrag ganz ebenso abgelehnt wie spätere Rufe nach Frankfurt a. M. als Nachfolger *Edingers* (er stand damals neben *Marburg* und *Karplus*, also gleichfalls zwei bedeutenden Vertretern der Wiener Schule, in ernster Erwägung) und nach Zürich als Nachfolger *v. Monakows*. Er blieb Wien, mit dessen medizinischer Schule ganz ebenso wie mit dessen höfisch-aristokratischen Sphären er innerlich restlos verwachsen war, treu, wiewohl er hier bis zu seinem Ende — er verstarb mit 56 Jahren — akademisch lediglich den Rang eines mit dem Titel eines außerordentlichen Professors bekleideten Privatdozenten innehatte; dies freilich aus Selbstbescheidung: denn als langjähriger und ausgesprochener Lieblingsassistent *Wagner-Jaureggs* stand er mit *Pötzl*, dem gleichfalls so bedeutenden Schüler des großen Meisters, an erster und einziger Stelle auf der Vorschlagsliste als Nachfolger des nobelpreisgekrönten Entdeckers der Malariabehandlung im Amte eines klinischen Chefs, und zu diesem so sehr ehrenvollen Amte wäre er festgestelltermaßen auch ausersehen gewesen, hätte er selbst die Ernennung nicht abgelehnt. Diese Ablehnung war ihm innerlich besonders schwer geworden, aber er blieb dabei, denn er wollte der reinen Hirnforschung, seinem ureigentlichsten Arbeitsgebiete, nicht entfremdet sein, fühlte sich auch wohl seit Jahren nicht mehr ganz gesund und darum den äußeren Anforderungen einer so hohen Erbschaft nicht mehr gewachsen. Trotzdem hatte er sich der Einrichtung des für ihn und von ihm an der nun von *Pötzl* geleiteten Klinik geschaffenen Hirnforschungsinstituts mit Feuereifer gewidmet; es liegt tiefste Tragik darin, daß er wohl dessen glanzvolle Eröffnung, in deren Mittelpunkt er mit einem fesselnden Vortrag über die Höhenentwicklung des Gehirnes stand, noch erleben durfte, wenige Monate danach jedoch bereits durch eine schwere Angina pectoris, der sich alsbald ein Kranzarterienverschluß und eine Hirnembolie zugesellten, aufs Krankenlager geworfen ward, von dem er sich nicht mehr erheben sollte: Am 21. Oktober 1931 hat ihn uns ein allzu früher Tod entrissen.

Economos Weltruf fußt vor allem auf der sein ausschließliches geistiges Eigentum darstellenden Entdeckung, Beschreibung und Wesenserfassung der jüngsten unter den allgemein verbreiteten Weltseuchen: der Encephalitis lethargica. Er war, weiß Gott, der letzte, der nicht gewissenhaft seine Vorläufer in früheren Zeitläuften — wo gäbe es solche am Ende nicht? — verbucht hätte. Aber der erste, der die Krankheit im modernen Sinne verstanden, klar als solche erkannt und in ihrer Gesamtpathogenese wie auch anatomisch erfaßt hat, ist und bleibt *Economo*. Und die von dem Franzosen *Cruchet* — dessen These merkwürdigerweise viel weniger auf französischer wie gerade auf deutscher Seite eine Zeitlang Gefolgschaft fand,

Digitized by Google

was *Economo* sehr mit Recht tief verletzt hat — versuchte Prioritätsreklamation darf als restlos gescheitert angesehen werden. Die eindeutige bakteriologische Fundierung der Krankheit ist ja annoch nicht gelungen und auch *Economos* intensive Interessenahme an ihrer therapeutischen Beeinflussung hat zu einem gedeihlichen Abschluß nicht führen können, da sein Tod allen solchen Arbeiten von seiner Seite ein jähes Ende bereitet hat; das bahnbrechende Lebenswerk als solches aber erfährt damit keinerlei Schmälerung.

Die Encephalitis lethargica hat *Economos* Namen in den breitesten Kreisen aller fünf Weltteile populär gemacht. In den engeren Fachkreisen jedoch weiß man sehr wohl, daß ein zweites, kaum minder bedeutsames Lebenswerk seine Arbeiten über die Zytoarchitektonik der Hirnrinde darstellen. Sein Atlas derselben — als dessen fleißiger Mitarbeiter der jetzt in Athen wirkende, damals in Wien tätig gewesene Professor *Koskinas* aufscheint, indes die geistige Hauptleistung wie überhaupt die Leitung des Gesamtwerkes durchaus *Economos* Sache waren — stellt wohl eines der Standardwerke aller Zeiten dar. Wohl hatte er auf diesem Gebiete Vorarbeiter — ich erwähne hier die *Vogt*sche Schule, namentlich den gleichfalls viel zu früh dahingegangenen *Korbinian Brodmann* in Berlin. Economos Verdienst aber besteht in der minutiösen Durcharbeitung des Gesamtproblems, in der Herausarbeitung von 54 (noch genauer 107) areae, in die er die Hirnrinde einteilte, hierbei mehr den kleinzelligen (Koniokortex) Charakter der rezeptiven und den mehr großzelligen Charakter der efferenten Partien der Rinde betonend. Von hohem Interesse sind seine Betrachtungen über die Bedeutung dieser Zellverhältnisse für den Mechanismus der Windungsentstehung, seine auf eigenen wie auf den Untersuchungen anderer, z. B. seines früheren Mitarbeiters *Karplus* fußenden Ideen über die fortschreitende Zerebration. Natürlich ist es unmöglich, im Rahmen eines Nachrufs auch nur annähernd auf die so inhaltreichen Arbeiten *Economos* zum Hirnaufbau im einzelnen einzugehen.

Economo, bei aller seiner konservativ-österreichischen Gesamteinstellung keineswegs auf äußere Ehren erpicht und nichts weniger als geltungssüchtig — ich verweise da, um mich nicht wiederholen zu müssen, auf meinen Nachruf in der »Medizinischen Klinik« — verstand in zwei Punkten keinen Spaß: in Prioritätsfragen und in Fragen der Vornehmheit wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Und übrigens galt ihm dies nicht nur, wenn es sich um seine Person und seine Sache handelte: Der Schreiber dieser Zeilen wird es *Economo* nie vergessen, in wie spontaner und chevaleresker Weise er für ihn sowohl mündlich bei jeder Gelegenheit wie noch litteris scriptis in seiner letzten großen Encephalitis-Monographie eingetreten ist und dies trotz der beträchtlichen weltanschaulichen und nationalpolitischen Kluft, die uns beide voneinander trennte, ohne freilich den Strom rein menschlicher Sympathie, wie er zwischen uns floß, hemmen zu können.

Economos wissenschaftliches Verdienst erschöpft sich bei weitem nicht mit seinen beiden Standardwerken. Er hat durch anatomische und experimentelle Arbeiten über den Trigeminus, über die Bahnen des Schluck- und Kauaktes, über den Hirnschenkelfuß u. a., vor allem aber über den Schlaf und die Schlafzentren auch auf anderen Teilgebieten nicht nur Beachtliches, sondern dauernd Bedeutsames geschaffen; auch psychiatrisch-klinische Probleme, wie jenes der Paralyse sowie Hereditätsfragen bildeten

Digitized by Google

den Gegenstand von Arbeiten aus seiner Werkstatt. Ein sorgfältiges Schema der Psychosen und ihrer Pathogenese, dessen wir uns jahrelang in Wien zu bedienen pflegten, geht hauptsächlich auf seine Ordnerarbeit zurück. Noch zuletzt schrieb er über die Verarbeitung von Elitegehirnen. Keine der Arbeiten *Economos* gibt es, die nicht neue Tatsachen brächte oder fruchtbare Gedanken enthielte. Denn *Economo* war ein bedeutender Denker; man erinnere sich etwa nur an seine Idee über die Zerebration; und er war gleichzeitig einer der fleißigsten und gewissenhaftesten Arbeiter, ja Schwerarbeiter auf wissenschaftlichem Gebiete. Und hätte, von Hause aus steinreich und gesellschaftlich in denkbar bevorzugtester Position, wahrlich ein recht beschauliches Leben zu führen vermocht! Aber er war eben einer jener Menschen, die den inneren, »faustischen« Drang zur Arbeit, zur Forschung um ihrer selbst willen in sich tragen; darin war er — mochte er es auch nicht wahrhaben wollen — im Innersten eigentlich durchaus deutsch. Einer seiner bedeutendsten Fachkollegen nannte ihn in einem Nachrufe einen der letzten Renaissancemenschen; zu einem solchen fehlte diesem wohl selbstbewußten, aber in seinem ganzen Gehaben recht schlicht auftretenden Manne vielleicht doch die skrupellose Gewalttätigkeit der Helden jener Zeit. Allerdings war *Economo* eine universalische Natur, allgemeinen Zeit- und Kulturfragen aufs intensivste zugewandt. Und er hatte neben der Medizin noch eine andere große Liebe: die Luftschiffahrt in ihrer alten wie in ihrer neuen Gestalt. In Österreich war er der Bahnbrecher und Organisator der modernen Aëronautik schlechthin. Kein Wunder, daß er, im Frieden wie im Kriege als Pilot tätig gewesen, Präsident und nachher Ehrenpräsident des Österreichischen Aeroklubs geworden ist. Auch wissenschaftliche Gesellschaften ehrten ihn vielfach: So war er in den letzten Jahren Präsident des Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie und auch im Auslande und bei internationalen Veranstaltungen hochgeschätzter und vielfach gefeierter Vertreter Österreichs. Österreich, die Wiener Schule, aber darüber hinaus die gesamte deutsche Wissenschaft, sie haben mit dieser in jedem Belange eigenartigen, glänzenden Persönlichkeit nur allzu viel verloren. Sein Andenken aber kann und wird nimmermehr erlöschen. *Erwin Stransky* (Wien).

Berichtigung. Den Vortrag auf der Jahresversammlung in Breslau: Die Assoziation aus dem Schlaf hat nicht Dr. *Stack*, sondern Dr. *Stark*-Breslau gehalten.

Digitized by Google

Die Oligophrenien in charakterwissenschaftlicher Beleuchtung.

Von

Dr. **J. A. Sombor**, Abteilungschefarzt der Ungar. Landesarbeiter-Versicherungsanstalt in Budapest.

Die psychiatrischen Krankheitsformen werden in den Lehrbüchern jetzt im allgemeinen in zwei Gruppen geteilt behandelt, und zwar ihrem endogenen und exogenen Ursprunge gemäß. In dieser Weise geschieht die Gruppierung der Krankheitsformen nach dem Ursprung, der Entstehung und nicht der Erscheinung nach, was unzweifelhaft richtig ist. Wenn auch die heutige Wissenschaft den Ursprung vieler Krankheiten in mancher Hinsicht noch nicht ganz geklärt hat, ist diese Gruppierung doch günstig für den praktischen Arzt, weil es ihn zur Forschung, zum Nachdenken treibt, so daß die Theorie auf Grund rationeller Überlegung zu einem bessern Erfolg führen kann. Natürlich handelt es sich oft nur um symptomatische Behandlung, während das wichtige doch Besserung und Heilung der Grundkrankheit sein wird.

Durch Vergleich der Erscheinungen der einzelnen Fälle gelangt man zu einer Diagnose. Das Studium eines Lehrbuchs wie z. B. das von *Kraepelin* vermittelt dem noch nicht vollkommen auskommen ausgebildeten Arzt ein Bild der verschiedenen Geisteskrankheiten und erleichtert ihm das Erkennen ähnlicher Fälle. Bei einigen Krankheiten stellen wir die Diagnose nach ihrer Ursache, bei anderen prüfen wir nur nach ihren Erscheinungen und Symptomen, ob sie zu diesen oder jenen Krankheitsformen gehören. Zum Beispiel hängt es bei Einteilung der manischen Erscheinungen davon ab, ob es sich um Paralysis, Schizophrenie, Dementia senilis oder Psychosis maniaco-depressiva handelt. Hierbei bleibt es eine ständige Frage, ob die manische Erscheinung exogen oder endogen ist. Bei einer exogenen Erkrankung kann auch ein endogener Symptomenkomplex vorkommen, z. B. bei der Dementia paralytica expansiva eine endogene Mania. In diesem Falle wäre es interessant zu prüfen, nach welcher Gesetzmäßigkeit sich die expansive Paralysis äußert und wie sie entsteht. Welches zykloide Individuum wird wegen seiner Paralysis expansiv und welches depressiv? Die Erfahrung zeigt nämlich, daß im Falle einer Paralysis das expansive und depressive Stadium nicht abwechselnd er-

Digitized by Google

scheinen. Oft kann auch nicht klargemacht werden, inwiefern ist eine Epilepsie exogen oder endogen, dennoch diagnostizieren wir die Epilepsie ihren Erscheinungen gemäß. Jedenfalls sehen wir, daß die Einteilung da nach den Erscheinungen, dort nach der Grundkrankheit durchgeführt wird.

Kretschmer nimmt auf Grund seiner Untersuchungen psychotischer Individuen namentlich zwei große Biotypen an: den zykloiden und den schizoiden. Demgemäß würde die ganze Menschheit zu zwei Gruppen gehören. Zahlreiche Untersuchungen wurden veranstaltet, wie die, an anderen Krankheiten leidenden, z. B. die Epileptiker nach körperlicher Messung in diese zwei Gruppen geteilt werden könnten. Nach der konstitutionischen Lehre können nur endogene Psychosen einen entsprechenden Biotyp haben. Wenn wir den Satz annehmen, daß es nur zwei Biotypen gibt, so müßten wir auch die Epilepsie als eine exogene Erkrankung betrachten.

Schaffer nennt acht endogene Psychosen. Wenn wir auf Grund der Literatur die einzelnen Krankheitsfälle klassifizieren, ist zu bedenken, daß die Ansichten der verschiedenen Autoren z. B. der Fälle von Paranoia, Hysterie von einander abweichen. Mangels eines besseren benützen wir noch immer die alten diagnostischen Bezeichnungen. Unzweifelhaft wäre es nicht zweckmäßig, den acht endogenen Erkrankungen entsprechend acht normale Biotypen aufzustellen, da eine Gruppierung nur dann übersichtbar sein kann, wenn möglichst wenige Gruppen aufgestellt werden.

Kretschmer gelangte zu seinen Folgerungen, indem er das Resultat der körperlichen Messungen mit dem Erfolg der psychischen Untersuchung verglich. Er wandte seine Aufmerksamkeit vor allem zwei Krankheitsformen zu. Nach den psychiatrischen Untersuchungen ist eine Gemütsveränderung für die Psychosis maniaco-depressiva und die Dysharmonie der psychischen Faktoren für die Schizophrenie charakteristisch.

Die Untersuchungen dürfen sich aber nicht nur auf die Harmonie oder Dysharmonie der psychischen Faktoren und auf die Gemütsschwankungen beschränken, ebenso wesentlich ist es, in sämtlichen Fällen den Grad der Geistesfähigkeit einer Prüfung zu unterwerfen, der Zustand der Geistesfähigkeit ist ja im Geistes- und seelischen Leben sehr wesentlich.

Wenn ein Zusammenhang zwischen Körperbau und Charakter besteht, so kann ein ähnlicher auch zwischen Geistesfähigkeit und Charakter sein.

Die körperlichen Untersuchungen *Kretschmers* bestätigten die Richtigkeit seiner Anschauungen. Es ist aber auch erklärlich, daß andere ihn auf Grund abweichender Ansichten angreifen, nachdem nicht nur diese zwei, sondern auch andere endogene Krankheitsformen bekannt sind. Wenn wir die Statistik einer häufig frequen-

Digitized by Google

tierten Ambulanz besichtigen, sehen wir, daß die Psychosis maniaco-depressiva verhältnismäßig in geringer Zahl vorkommt, und seltener erscheint, als die Schizophrenie und das Schizoid. In der Ambulanz begegnen wir Fällen von Oligophrenie in einer auffallend großen Zahl. Die sogenannten Grenzfälle können meiner Meinung nach ruhig in den Rahmen der Krankheit aufgenommen werden, als mildere Erscheinungsformen des Leidens. Es kann natürlich vorkommen, daß sich in einem Menschen zwei Krankheitsformen treffen, und in diesem Falle wird die Diagnose gestellt, deren Symptome in Übergewicht sind.

Wenn wir die Oligophrenie auf Grund unserer bisherigen Kenntnisse klassifizieren wollten, so müßten wir den vererbten Idiotismus als endogen, aber den infolge eines Trauma oder einer Krankheit entstandenen Geistesdefekt als exogen betrachten. Es ist aber nicht zu beweisen, daß ebenso wie ein Trauma oder eine interkurrente Krankheit eine Schizophrenie verursachen kann, auch in einer nicht ausgesprochen pathologischen Geisteswirkung einige Mängel sein können, die von ähnlichen exogenen Momenten hervorgerufen waren.

Die Prüfung der Geistesfähigkeit ist nicht schwer, da wir zu diesem Zwecke zahlreiche Untersuchungsmethoden haben, umso schwerer ist aber die genaue Beurteilung und Bezeichnung der Differenz der verschiedenen Stufenfolgen.

Wenn wir die Schizophrenie, das Schizoid, Schizothym oder die Psychosis maniaco-depressiva, das Zykloid und Zyklothym betrachten, finden wir Stufenfolgen auch innseits der Pathologie in den Fällen von Idiotismus, Imbezillität und Debilität. Wenn wir nun die oligophrenische Gruppe den zwei anderen großen Krankheitsformen entgegenstellen, vom pathologischen zu dem sogenannten normalen Zustand einen Übergang suchen und die oben erwähnten Stufen der pathologischen Fälle den normalen entgegenstellen, werden wir normale Typen finden, die den pathologischen entsprechen.

Durchschnittsmäßig geschieht die Klassifizierung der Oligophrenien der Geistesfähigkeit gemäß, und auf diesem Grunde werden Idiotismus, Imbezillität und Debilität abgesondert. Eine Aufteilung wird auch binnen des Idiotismus und der Imbezillität vollbracht; es werden nämlich deren zwei Formen benannt: eine torpide und eine erethische.

Weygandts Ansicht ist, daß wir keine völlig übersichtliche, streng wissenschaftliche Einteilung haben. Die Bestimmung der Geistesfähigkeit kann am erfolgreichsten mit der *Binet-Simon*-Methode durchgeführt werden, aber auch *Ranschburg* hält auch diese Methode für nicht vollkommen befriedigend und hofft, daß in der Zukunft eine weitere, genauere Bearbeitung der Methode

Digitized by Google

folgen wird. In den *Binet-Simon*schen Untersuchungen wird betont, daß verschiedene Länder und Gegenden verschiedene Verhältnisse zeigen, die einen großen Unterschied zwischen den als normal zu betrachtenden Qualitäten der Gleichaltrigen verursachen.

Moebius hat einen sogenannten Normalbegriff konstruiert zur Lösung des Problems der psychischen Entartung und betonte, daß ein sogenannter geistiger Kanon aufgestellt werden müsse, ehe wir ein klares Bild von den Geistesdefekten haben können. Er weist auf die Stufendifferenzen in den Gefühlen, im Gemüte und in der Intelligenz hin. Gleichfalls problematisch ist auch in der Pathologie und für die Normalindividuen die approximative Bezeichnung des Geistesniveaus. Das völlige geistige Unentwickeltsein, der Idiotismus, ist schon früh nachweisbar, mit Ausnahme des familiären Idiotismus, der sich später, öfter erst in der Pubertät meldet und vorher keine Spur ahnen läßt. Es ist recht schwer bei einem 8—10—12jährigen Kinde zu bestimmen, ob es nach seinem 18. Jahre imbezill, debil oder nur oligophren-psychopathische Symptome zeigen wird. Unter debil verstehen wir denjenigen, dessen Geistesentwicklung nur das Stadium eines 18jährigen erreicht, seine Entwicklung ist noch nicht vollendet. So ist es sehr schwer, die Geistesfähigkeit einem Unmündigen zu bezeichnen, ehe seine Entwicklung zu Ende ist. Das bestimmte Vorhandensein des Idiotismus ausgenommen kann sich auch der beste Fachmann leicht irren in der Zukunftprophezeiung des untersuchten Kindes. Zahlreiche Fälle zeigten uns, daß diejenigen, die in den Primär- und Sekundärschulen gut sind, ja zu den besten gehören, im späteren Leben doch zurückbleiben und zu farblosen mechanischen Durchschnittsmenschen werden können. Im Gegenteil aber waren die im Leben vorzüglich plazierten, produktiven Menschen, die nützlichsten Mitglieder der Gesellschaft und Wissenschaft nicht selten vorher unbemerkte, mittelmäßige oder gar schlechte Fortschritte zeigende, Schüler. Auf welchem Grund wäre also ein Kriterium zu finden um die Geistesfähigkeit eines Kindes mit approximativer Genauigkeit beurteilen zu können?

Schaffer bestimmt das Maß der Geistesfähigkeit in seinem Werke folgendermaßen: »Im allgemeinen können wir sagen, daß das Weiterkommen des Individuums auf der, von ihm selbst gewählten Lebensbahn den besten Maßstab der Geistesfähigkeit gibt, — je nachdem es hinter den, unter gleichen Verhältnissen lebenden Menschen zurückbleibt oder sie überragt. Oft zeigt sich erst während der späteren Entwicklung, inwiefern jemand für das Leben geeignet ist, erst dann zeigt sich seine Nützlichkeit oder Unnützlichkeit«. Bei der psychiatrischen Untersuchung ist zur Bestimmung der Gei-

Digitized by Google

stesfähigkeit die Prüfung der Konzeption, der Erinnerung und der Urteilsfähigkeit sehr wesentlich.

Die wichtigste Eigentümlichkeit der Psychosis maniaco-depressiva ist die Gefühls-, Gesinnung- und Gemütsveränderung, die mit der Vernunft, dem Denken und der Urteilskraft in keinem wesentlichen Zusammenhange steht. Bei dieser Krankheitsform ist die Farbe und nicht der Inhalt des Individuums wichtig, wenn ich mich bildlich ausdrücken darf. Die Krankheit wird durch die Gemütsveränderung und deren verschiedenste Formen charakterisiert, von den Geistesfähigkeiten des Individuen ganz unabhängig. So ist der Zustand der Geistesentwicklung von geringerer Wichtigkeit, umso mehr als die Gemütsveränderung in erster Reihe die Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Das betrifft nicht nur die an Psychosis Leidenden, sondern auch die zyklothymen Individuen, mit stufenweisen Unterschieden. Auf diesem Grunde findet der Umstand seine Erklärung, daß die großen, hervorragenden Individuen sich eher zwischen den schizothymen, als zwischen den zyklothymen Typen befinden.

Die Harmonieauflösung der psychischen Faktoren charakterisiert die Schizophrenie, bei der die Geistestätigkeit eine normale Aufnahmekapizität ohne Verdummung zeigt und die Abnormität am Anfang in der Assoziation, in der Urteilsfähigkeit, im moralischen Gefühl, im Benehmen vernehmbar wird. Die psychische und psychomotorische Inkoordination machen das Individuum abnormal.

Wie oben erwähnt ist die charakteristische Eigentümlichkeit der Oligophrenien die Verminderung der Geistesfähigkeit und die Folge davon ein Mangel an Kritik und rechtem Urteil, die torpide oder erethische Offenbarung des Benehmens.

Scheinbar haben beide Krankheitsformen, die Schizophrenie und Oligophrenie eine gemeinsame Eigenschaft: das ist der Mangel an richtigem Urteil und die Hemmung der Kritik. In einem Falle besteht Incoordination und Spaltung der Geistesarbeit, im andern Verminderung der Geistesfähigkeit. Ich will auch auf die Ähnlichkeit hinweisen, die zwischen der torpiden Gestalt der Oligophrenie und der einfach mit Verblödung einhergehenden, manchmal auch stuporösen Form der Schizophrenie besteht. Mehrere Autoren haben beobachtet, daß eine Ähnlichkeit zwischen dem Idiotismus und einigen Erscheinungsformen der Schizophrenie besteht. In zahlreichen Fällen aber kommt ein Kind mit Idiotismus oder Imbezillität in das Spital, in seiner Pubertät aber oder später wird seine Krankheit zu einem Musterbeispiel der Schizophrenie. Es ist auch nicht unmöglich, daß sich beide Krankheitsformen in demselben Individuum treffen.

Es besteht ein Parallelismus zwischen der manischen und ere-

Digitized by Google

thischen — anderseits zwischen den depressiven und torpiden Erscheinungen. Dies könnte auf den Gedanken bringen, einen Zusammenhang zwischen diesen Krankheitsformen zu suchen. Zahlreiche Untersuchungen wurden in dieser Richtung durch körperliche Messungen der Oligophrenen angestellt. Es war aber weder ein wesentliches Resultat noch eine wichtige Beobachtung oder ein interessanter Zusammenhang zu finden. Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen der Konfiguration des Schädels und der Geistesfähigkeit, und auch im Charakter der Oligophrenen war keine Regelmäßigkeit zu sehen. Wenn dies also ohne Erfolg blieb, wollen wir auch eine andere Weise suchen, die Frage aufzuklären.

Kretschmer kam bei seinen Untersuchungen Geisteskranker zu den zwei großen Biotypen. Zu ihnen würden auch die, der Oligophrenie entsprechenden Normalen gehören. Es ist aber nicht unanfechtbar, daß es noch einen dritten Biotyp geben kann — wenn wir die Oligophrenie als eine endogene Psychose betrachten — einen dieser entsprechenden Biotyp. In der großen Abwechslung des Lebens begegnen wir oft nicht nur solchen Menschen, deren Charakter schizothym oder zyklothym ist. Es können auch Individuen sein, die in Folge einer Vererbung beide Charaktere vereint zeigen. Bei der Prüfung dieser Individuen dürfen wir auch die Beurteilung der Geistesfähigkeit nicht außer Acht lassen.

Wenn wir die Normalindividuen nach der Geistesfähigkeit zu gruppieren versuchen, müssen wir uns die Oligophrenie vor Augen halten. So, die geistig Minderwertigen beobachtend, können wir zwei Kategorien aufstellen, die von der Stufe der Geistesentwicklung unabhängig sind. Oft sehen wir nämlich, daß einige eine langsame Apperzeption, Perzeption und Assoziation haben, während andere schnell denken, ohne zu der Krankheitsform der Psychosis maniaco-depressiva zu gehören. In erster Reihe denke ich da an die an einem moralischen Defekt Leidenden, die von *Koch* und anderen »Abnorme Charaktere« genannt werden, und von denen *Schaffer* in seinem Werke bemerkt, daß sie eine Urteilsschwäche haben, während ihre Sinneswahrnehmung tadellos und ihr Gedächtnis auch gut ist. Das Begreifen, Verstehen, die Assoziation der Ideen, die Geschwindigkeit des richtigen Erkennens der Situationen, gibt die Abgrenzungsmöglichkeit unter den zwei Gruppen.

Bei der sogenannten torpiden Form finden wir, daß die Aktivität kleiner, die Apperzeption, Assoziation, die Reaktion auf Reize langsamer wird, während wir gerade das Gegenteil bei der erethischen Form sehen.

Wenn wir normale Individuen betrachten, so sehen wir, — außer den schon genau bezeichneten schizothymen und zyklothymen Individuen — ruhig überlegende, gewissenhafte, fleißige, verläßliche, gründliche Menschen, die ihre Arbeit kleinlich, pedantisch,

Digitized by Google

mit Präzision genau besorgen, größere Ausschweifungen unterlassen, die das ihnen Aufgegebene mit größter Ausdauer und ohne Fehler erfüllen, im Benehmen bescheiden und dabei sehr schwerfällig sind. Demgegenüber gibt es sich leichter bewegende, mit frischer Bewegungskraft wirkende, ein wenig oberflächliche, lebhafte Phantasie entwickelnde, für dauernde Arbeit untaugliche, zwar ein resolutes Auftreten, aber ein schwaches Begriffsvermögen besitzende, den Regeln sich nicht streng fügende Naturen, deren Urteil flink, aber nicht so verläßlich ist, als derjenigen der ersten Gruppe.

Wenn ich in der Pathologie nach einer entsprechenden Bezeichnung suche, komme ich bei der zweiten Gruppe auf die erethische Form und bei der ersten auf die torpide. Die allgemeinen charakteristischen Eigenschaften der Oligophrenie sind: der Mangel an Verschlossenheit, die Unmittelbarkeit, der Hemmungsmangel, eine Mitteilung intimer Gegenstände ohne jede Kritik.

Zurückkehrend zu den in *Schaffers* Balassa-Vorlesung bezeichneten offenen und verschlossenen Charakteren, müssen wir bemerken, daß für solche Festsetzungen nicht nur der, für die Schizophrenie charakteristische Autismus, sondern auch die Hemmungen, die sich bei der Melancholie zeigen, maßgebend sind. Einerseits sind es der schizophrene Autismus und die melancholische Hemmung, anderseits die manische und oligophrenische Offenheit, die auf die charakteristischen Eigenschaften des Normalindividuums hinweisen.

Es ist nicht in meiner Absicht, Folgerungen fortführen und weiter zu spezifizieren; ich wollte nur einen Versuch vorlegen, die Oligophrenien in den heutigen Stand der Charakterlehre einzustellen und das auf Grund der psychischen Zusammenhänge als psychische Charaktere zu benennen.

Das oben Erwähnte zusammenfassend können wir die von *Kretschmer* so richtig aufgestellten Biotype annehmen, die er aus einem Vergleich zwischen psychischem Zustand und Körpermessungen aufgenommen hat; wir könnten diese aber erweitern, indem wir auch die Prüfung der allgemeinen Geistesfähigkeit anwenden. Die Gruppe, in welcher wir auf Grund der Geistesfähigkeit klassifizieren können, ist die Oligophrenie. Fraglich wäre es noch, inwiefern eine solche Gruppierung für den normalen vollführbar wäre. Ich komme zu dem Resultat, daß in diesen Fällen, bei denen die Einteilung in die *Kretschmer*sche Gruppen Schwierigkeiten verursacht, die Oligophrenie eine willkommene Ergänzung ist und daß deren zwei angenommene Formen: die torpide und die erethische auf das Normale projiziert werden können.

Digitized by Google

Kants psychiatrische Ansichten.

Von

Dr. **Béla Révész,**

em. Chefarzt der staatl. Irrenanstalt in Sibiu (Hermannstadt), Rumänien.

Diese Zeilen haben den Zweck dem Leser all das mitzuteilen, was der große Königsberger Philosoph über Geisteskrankheiten gedacht und geschrieben hat. Nicht als wenn er sich angemaßt hätte, psychiatrische Lehren aufzustellen. Dazu war er zu bescheiden und das psychiatrische Wissen seiner Zeit war viel zu gering. Aber da zu seiner Zeit die wissenschaftliche Psychiatrie sozusagen noch nicht das Licht der Welt erblickt hatte und psychiatrisch-legale Fragen nicht durch Ärzte — eigentliche Psychiater gab es ja nicht — sondern durch die Professoren der philosophischen Fakultät entschieden wurden, so konnte Kant, der weltberühmte Professor der Philosophie, auf Grund seiner psychologischen Ansichten und erkenntnistheoretischen Errungenschaften es sich erlauben, auch psychiatrische Meinungen zu haben. Wir finden diese in seinen wichtigsten Werken zerstreut und nur in seiner zu wenig gelesenen Schrift »Anthropologie in pragmatischer Hinsicht« (Königsberg, 1798), die eigentlich eine meisterhafte Beschreibung des seelischen Lebens und ein geistvolles Werk über praktische Menschenkenntnis ist, sind einige längere zusammenhängende Stellen über Kants psychiatrische Ansichten vorhanden.

Da, wie bekannt, Kant seine eigenen Ansichten über die Bedeutung der Psychologie hatte, da er als Erkenntnistheoretiker die wichtigsten psychologischen Begriffe, oft abweichend von Anderen, seinem System entsprechend zu definieren für notwendig fand, scheint es nicht überflüssig, im Folgenden diese Begriffe ganz kurz zu wiederholen.

I. Psychologische Definitionen Kants.

1. Seine Ansichten über die Psychologie sind dadurch charakterisiert, daß er diesen Wissenszweig gering schätzte, von ihr wenig oder gar nichts erwartete und ihr jede Entwicklungsfähigkeit absprach. Nie könne sich, so behauptete er, die Psychologie auf die Höhe einer exakten Naturwissenschaft erheben, denn ihr gehen alle Methoden der Schätzung und des Maßes ab. Die Psychologie

Digitized by Google

als rationale Wissenschaft erklärte er als unmöglich, als empirische Wissenschaft hingegen entbehre sie aller Exaktheit. Das Einzige, was wir von einer empirischen Psychologie zu erwarten berechtigt sind, sei einfache Beschreibung psychischer Vorgänge (Kr. d. Urteilskr. § 89, Zwei Briefe an *Sömmering).*

2. Was versteht Kant unter Seele?

Die drei transzendenten, d. h. in der Erfahrung nicht gegebenen Objekte — Gott, Weltganzes, Seele — können nicht erkannt werden, eben weil ein Wissen über sie, die ja außerhalb der Erfahrung liegen, unmöglich ist. Die Seele kann nicht ein Gegenstand unseres Erkennens werden, denn sie ist ja immer nur Subjekt.

In den Prolegomena (§ 47) nennt er die Seele »dieses denkende Selbst«, im selben Buche (§ 49) den »Gegenstand des inneren Sinnes«.

Das wesentliche Kennzeichen der Seele ist nach Kant nicht ihr Inhalt, sondern ihre Fähigkeit des Zusammenfassens, Ordnens, Sichtens, also etwas Synthetisches. »Ich, als denkend, bin ein Gegenstand des inneren Sinnes und heiße Seele«. Kant nennt die Seele auch eine transzendentale Einheit der Apperzeption, da »durch sie alles in einer Anschauung gegebene Mannigfaltige in einen Begriff vom Objekt vereinigt wird«. Grundsätzlich unterscheidet er sie von der empirischen Einheit des Bewußtseins, wie diese etwa durch Assoziation der Vorstellungen zustande kommt. (Kr. d. r. Vern., 2. Buch, I. Hauptst.)

Auf diese Weise ist die Seele für Kant eine an das Individuum gebundene logische Einheit, welche von dem Individuum mittels der Vorstellungen umfaßt wird.

Aber Kant sagte auch, was die Seele nicht sei: Substanz, qualitativ einfach, numerisch-identisch und im Verhältnis zu Gegenständen im Raume stehend. (Kr. d. Urteilskr. § 89, letzter Absatz, Metaph. d. Sitten, Ethische Elementarl. § 4, ferner Kr. d. r. Vern. II. Teil, II. Abh. II. Buch, Widerlegung des *Mendelsohn*schen Beweises der Beharrlichkeit der Seele.)

3. Für Kant ist der Verstand die Fähigkeit zu denken, d. h. sich durch Begriffe etwas vorzustellen. Er nennt den Verstand auch das obere Erkenntnisvermögen zum Unterschiede von dem unteren, welches nichts anderes ist, als das Erwerben von Eindrücken durch die Sinne. Während nun das untere Erkenntnisvermögen, welches er mit dem Worte »Sinnlichkeit« bezeichnet, also das Vermögen, reine oder empirische Anschauungen zu erwerben, nur das Einzelne der Vorstellungen enthält, so ist in dem Verstande als dem oberen Erkenntnisvermögen das Allgemeine der Vorstellungen, die Regel, enthalten. Der Regel muß die Mannigfaltigkeit der sinnlichen Anschauungen untergeordnet werden, »um Einheit zur Erkenntnis des Objekts hervorzubringen«.

Digitized by Google

4. Die Urteilskraft ist das Vermögen, das Besondere, sofern es ein Fall der Regel ist, aufzufinden.

5. Die Vernunft ist »das Vermögen, von dem Allgemeinen das Besondere abzuleiten und dieses Letztere also nach Prinzipien und als notwendig vorzustellen«. »Man kann sie also auch das Vermögen, nach Grundsätzen zu urteilen und (in praktischer Rücksicht) zu handeln, erklären«.

6. Ideen sind »Vernunftbegriffe, denen kein Gegenstand in der Erfahrung gegeben werden kann. Sie sind weder Anschauungen (wie die von Raum und Zeit), noch Gefühle (wie die Glückselikeitslehre sie sucht), welche beide zur Sinnlichkeit gehören, sondern Begriffe von einer Vollkommenheit, der man sich zwar immer nähern, sie aber nicht vollständig erreichen kann«. (Anthropologie, § 41.)

Den geradezu evolutionistischen Unterschied und Übergang zwischen Verstand, Urteilskraft und Vernunft sucht Kant in seiner geistreichen Art noch näher zu erklären, indem er sagt, der einfache Haus- oder Staatsdiener bedürfe nur des Verstandes. Der Offizier brauche schon Urteilskraft, denn ihm seien nur die allgemeinen Regeln vorgeschrieben und mittels seiner Urteilskraft sei ihm überlassen, was er vorkommenden Falles zu tun habe. Der General müsse Vernunft besitzen, um die möglichen Fälle beurteilen und sich Regeln aufstellen zu können.

7. Alle Seelenvermögen (oder Fähigkeiten) können auf drei zurückgeführt werden, welche keine gemeinsame Abstammung haben: Das Erkenntnisvermögen, das Gefühl der Lust oder Unlust und das Begehrungsvermögen (Kr. d. Urteilskr., Einl. III.). Aus dem ersten stammt der Verstand, aus dem zweiten die Urteilskraft und aus dem dritten die Vernunft (Kr. d. Urteilskr., Einl. X).

Es folgen nun einige Definitionen aus der Normalpsychologie. Wer in Geschäften Urteilskraft zeigt, ist »gescheut«. Hat er noch Witz, so ist er klug. »Ein gescheuter Mensch ist ein richtig und praktisch, aber kunstlos urteilender Mensch. Erfahrung kann zwar einen gescheuten Menschen klug, d. h. zum künstlichen Verstandesgebrauch geschickt, die Natur aber allein ihn gescheut machen«.

Der »Witzling« und der »Klügling« affektieren nur die eben genannte Verbindung von Urteilskraft und Witz.

Einen »Kopf« hat derjenige, welcher selbst Urheber eines Geistes- oder Kunstwerkes sein kann. Vom »Kopf« ist zu unterscheiden die Einfalt, ein Vermögen, »durch Ersparung der Mittel — d. i. ohne Umschweif — zu eben demselben Zwecke zu gelangen. Der diese Gabe besitzt (der Weise), ist bei seiner Einfalt gar nicht einfältig«.

Digitized by Google

Diese sind seine wichtigsten Definitionen mit Bezug auf die normale Psychologie. Es folgen nun

II. Psychiatrische Definitionen Kants.

1. Wahn ist »die Täuschung, die bloße Vorstellung einer Sache mit der Sache selbst für gleichgeltend zu halten.« (D. Religion inn. d. Grenzen d. bloßen Vern., II. Teil, Einl.) Kant unterscheidet den geizenden Wahn, d. h. die Übertreibung des Geizhalses und den Ehrenwahn, d. h. den übertriebenen Ehrgeiz. Natürlich nimmt er den Wahn in den beiden letztgenannten Beziehungen nicht im psychiatrischen Sinn.

2. Kant benützt oft den Ausdruck »Schwärmerei« als etwas Verwerfliches. Er versteht darunter einen »Wahn . . ., über alle Grenzen der Sinnlichkeit hinaus etwas sehen, d. h. nach Grundsätzen träumen zu wollen«. (Kr. d. Urteilskr. § 29). Aus allen seinen die Schwärmerei betreffenden Bemerkungen erhellt, daß er darunter keinen psycho-pathologischen Zustand, sondern nur eine Überspanntheit geistig normaler Menschen versteht. So wirft er Plato »schwärmerischen Idealismus« vor. (Prolegomena, Anhang, Anm.)

Wahn ist ferner, wenn man bei Anbetung Gottes seine Unsichtbarkeit durch etwas Sichtbares oder Sinnliches repräsentiert und durch zu intensives Hervorheben dieses Sichtbaren die Unsichtbarkeit Gottes vergißt (Op. cit. IV. Stück).

Endlich ist es nach Kant »eine Art Wahnsinn«, himmlische Einflüsse in sich wahrnehmen zu wollen. In diesem könne »wohl gar auch Methode sein«, es bleibe doch immer eine »der Religion nachteilige Selbsttäuschung«. Höchstens dürfe man zugeben, »daß es Gnadenwirkungen geben könne und vielleicht zur Ergänzung der Unvollkommenheit unserer Tugendbestrebung auch geben müsse.« (Op. cit. § 2.)

In diese Gruppe, d. h. die Gruppe der Täuschungen, die bloße Vorstellung einer Sache mit der Sache selbst für gleichgeltend zu halten, gehört der Wahnsinn, also schon ein krankhafter Zustand.

Wir sehen also einen von Kant aufgestellten Übergang vom normalen Zustand über den »geizenden« und »Ehrenwahn« zum eigentlichen Wahnsinn, eine Auffassung, die zu seiner Zeit als originell vielleicht nicht von jedermann als richtig angesehen wurde, heute aber ganz annehmbar ist, da sie krank von gesund nicht als wesentlich verschieden sondern als zwei Gebiete betrachtet, welche ein gemeinsames Grenzgebiet zeigen. Allerdings hat Kant diese prinzipielle Auffassung nicht betont, aber sie geht aus der Tatsache, daß er Wahn bei Geistesgesunden und -kranken gleicherweise findet, klar hervor.

Digitized by Google

III. Die eigentlichen psychiatrischen Ansichten Kants.

1. Über die Entstehung von Geisteskrankheiten hat Kant folgende Ansichten: Die Geisteskrankheiten sind erblich, denn »mit der Entwickelung der Keime zur Fortpflanzung entwickelt sich zugleich der Keim der Verrückung«. Es sei demnach gefährlich in solche Familien zu heiraten, wo auch nur ein einziges Subjekt geisteskrank ist. Eines der Eltern mag ganz gesunde Vorfahren gehabt haben, aber wenn das andere in der Aszendenz einen geisteskranken Vorfahren hatte, so ist die Erblichkeit leicht möglich (Anthropologie, § 51).

2. Erworbene Geisteskrankheiten (z. B. »er ist aus Liebe toll geworden« oder »er wurde aus Hochmut verrückt« oder »er hat sich überstudiert«) gibt Kant nicht zu. Im ersten Falle sagt er ganz richtig, »die Verliebung ... war nicht die Ursache sondern die Wirkung der Tollheit«. Was das »Überstudieren« anbelangt, so möge man junge Leute nicht davor warnen, denn »es bedarf hier bei der Jugend eher der Spornen als des Zügels«.

3. Kant zweifelt, daß es einen Unterschied zwischen der »allgemeinen Tollheit (delirium generale) und der an einem bestimmten Gegenstand haftenden (delirium circa objectum)« gebe.

4. Verdächtig auf Geisteskrankheit sei derjenige, der mit sich selbst laut spricht oder allein gestikuliert. Noch verdächtiger ist derjenige, der sich »mit Eingebungen begnadigt oder heimgesucht« oder mit höheren Wesen Gespräche und Umgang zu haben glaubt. Wenn er andere heilige Männer solcher Vollkommenheiten fähig hält, sich aber nicht, dann ist kein Verdacht einer Geisteskrankheit vorhanden.

Diese letzte Bemerkung kann man Kant nicht hoch genug anrechnen, denn er stammte von höchst religiösen, pietistischen Eltern ab, aber er hielt sich zeitlebens innerhalb der Grenzen eines nicht übertriebenen Gottesglaubens.

5. »Das einzige allgemeine Merkmal der Verrücktheit ist der Verlust des Gemeinsinns (sensus communis) und der dagegen eintretende Eigensinn (sensus privatus)«. Unter Gemeinsinn versteht Kant nicht das, was wir heute darunter verstehen, nämlich das Totalgefühl, welches sich aus den unserem Bewußtsein fortwährend zuströmenden äußeren und inneren Tastempfindungen, ferner aus den der Stellung unseres Körpers und dem Zustande der inneren Organe entsprechenden sonstigen Empfindungen zusammensetzt. Kant versteht hier unter Gemeinsinn die von den Menschen gemeinsam angenommenen Vorstellungen. Nach ihm ist ein »Probierstein der Richtigkeit unserer Urteile überhaupt, und also auch der Gesundheit unseres Verstandes, daß wir diesen auch an den Verstand Anderer halten«. Der-

Digitized by Google

jenige nun, der »sich an diesen Probierstein gar nicht kehrt«, sondern seinen »Eigensinn«, d. h. seine persönliche, vom realen Sein abweichende Meinung hat, muß als geisteskrank bezeichnet werden.

IV. Die psychiatrische Systematik Kants.

Kant hatte wahrscheinlich nie die Absicht etwas wie eine systematische Klassifikation der Geisteskrankheiten aufzustellen, um so weniger als zu seiner Zeit zu wenig über die Geisteskrankheiten bekannt war. Nichtsdestoweniger hat er, der in Allem systematisch und ordnungsliebend vorging, auch hier eine gewisse Einteilung schon der Übersichtlichkeit halber, aufgestellt.

Schon vor 134 Jahren klagte er: »Es ist schwer eine systematische Einteilung in das zu bringen, was wesentliche und unheilbare Unordnung ist« (Anthropologie, § 50). Hieraus erhellt, daß auch er die so schwere Übersichtlichkeit der psychiatrischen Erscheinungen erkannt hatte und daß er Geisteskrankheiten als unheilbar betrachtete. Es habe demnach auch wenig Nutzen, sich mit derlei Krankheiten zu befassen. Denn während bei körperlichen Erkrankungen die eigenen Kräfte des Organismus bei der Heilung mitwirken, kann etwas Ähnliches bei Geisteskrankheiten nicht beobachtet werden. Nur deshalb müsse man sich mit ihnen dennoch befassen, um sie in der Anthropologie zu unterbringen. Wir sehen hier die Tendenz des Universalgenies und des hervorragenden Systematikers, Alles, auch für ihn minderwertige Erscheinungen, seinem System einzuverleiben.

Bevor wir daran gehen, von der Auffassung Kants über die »Gemütskrankheiten«, denn so nennt er zumeist die Geisteskrankheiten, zu sprechen, ist es angezeigt, festzustellen was er unter dem Worte »Gemüt« verstand. Er nennt einfach das, was wir heute mit Bewußtsein bezeichnen, »Gemüt«. Er spricht manchmal auch vom Bewußtseinvermögen.

Die Einteilung der Geisteskrankheiten nach Kant geschieht nach zwei Hauptpunkten: A. Krankheiten des Erkenntnisvermögens und B. Krankheiten der Sinnesvorstellung.

Die Fehler des Erkenntnisvermögens sind entweder »Gemütsschwächen« oder eigentliche »Gemütskrankheiten«. Mit Bezug auf das Erkenntnisvermögen kennt Kant zwei Hauptgattungen der Seelenkrankheiten: Die Grillenkrankheit (Hypochondrie) und das gestörte Gemüt (Manie).

Bei den durch Fehler der Sinnesvorstellung verursachten Geisteskrankheiten unterscheidet Kant vier Gruppen:

1. Unsinnigkeit (amentia),
2. Wahnsinn (dementia),
3. Wahnwitz (insania) und
4. Aberwitz (vesania).

Digitized by Google

In der folgenden Tabelle sind Kants psychiatrische Gruppen links übersichtlich dargestellt und zwar: A. die Veränderungen des Erkenntnisvermögens mit drei Untergruppen 1. Gemütsschwäche, 2. Grillenkrankheit und 3. Gestörtes Gemüt) und B. die Geistesstörungen der Sinnesvorstellung mit vier Untergruppen (1. Unsinnigkeit, 2. Wahnsinn, 3. Wahnwitz und 4. Aberwitz). Auf der rechten Seite der Tabelle findet man die den modernen Ansichten entsprechenden Krankheiten als Deutung der Kantschen Diagnostik.

Nach Kant:	Nach moderner Auffassung:
A. Veränderungen des Erkenntnisvermögens.	
1. Gemütsschwäche:	
Stumpfer Kopf	Gruppe der Oligophrenieen
Kopf mit langsamen Begriffen	
Dumm	
Albern	
Einfältig	
Borniert	
Tor	
Narr	
Laffe	
Geck	
2. Grillenkrankheit (Hypochondrie) . .	Manisch-depressives Irresein Hypochondrie
Tiefsinnigkeit	Melancholie
3. Gestörtes Gemüt (Manie)	Schizophrenie Paranoia
B. Veränderung der Sinnesvorstellung:	
1. Unsinnigkeit (amentia)	Manie
2. Wahnsinn (dementia)	Paranoia
3. Wahnwitz (insania)	Schizophrenie
4. Aberwitz (vesania)	Paranoia.

Nach diesem allgemeinen Überblick über Kants Einteilung der Geisteskrankheiten sollen hier nun die einzelnen Gruppen näher beschrieben werden.

Zur Gruppe der »Gemütsschwachen«, als der nicht eigentlich Geisteskranken zählt er die »Einfältigen, Unklugen, Dummen, Gecken, Toren und Narren«, die sich seiner Ansicht nach von den eigentlich Geisteskranken nicht bloß in Graden, sondern auch qualitativ unterscheiden und noch nicht in die Irrenanstalt gehören.

Näher unterscheidet er den stumpfen Kopf (caput obtusum), welcher zwar in gewisser Hinsicht Verstand und Vernunft be-

Digitized by Google

sitzt, aber, weil diese ihm in anderer Hinsicht fehlen, als stumpf erscheint.

Ein Kopf mit langsamen Begriffen ist noch kein schwacher Kopf, so wie ein schnell begreifender Kopf nicht immer gründlich, sondern oft seicht ist.

Dumm ist, wer keine Urteilskraft hat, ohne Witz ist und demnach zu Geschäften nicht gebraucht werden kann. Heute würden wir sagen, er sei zur Führung seiner Privatangelegenheiten unfähig.

Albern ist derjenige, der mit Mangel an Urteilskraft Witz verbindet.

Unwissenheit bedeutet natürlich nicht Dummheit.

Einfältig ist, wer durch seinen Verstand nicht viel auffassen kann. »Aber er ist nicht dumm, wenn er es nicht verkehrt auffaßt«.

Ist Jemand mit Bezug auf den Umfang seiner Begriffe sehr beschränkt (borniert), so ist er noch nicht dumm, »sondern es kommt auf die Beschaffenheit derselben (die Grundsätze) an«.

Einfältig (hebes) ist Jemand, dem man nichts beibringen kann und der deshalb zum Lernen unfähig ist. Einen Pinsel nennt Kant einen Menschen, der nichts Originelles produziert und nur zum Nachahmen geschickt ist.

Tor ist ein Mensch, der für wertlose Zwecke Wertvolles opfert. Ist die Torheit beleidigend, so nennt sie Kant, Narrheit. Der Tor setzt in Dinge größeren Wert, der Narr in sich selbst.

Bezeichnet man Jemanden als Laffen oder Gecken, so ist am Grunde ihrer Narrheit auch der Begriff der Unklugheit vorhanden. Der Laffe ist ein junger, der Geck ein alter Narr.

Kant sagt ganz richtig: »Die gänzliche Gemütsschwäche, die entweder selbst nicht zum tierischen Gebrauch der Lebenskraft (wie bei den Kretinen des Walliserlandes), oder auch nur eben zur blos mechanischen Nachahmung äußerer, durch Tiere möglichen Handlungen (Sägen, Graben usw.) zureicht, heißt Blödsinnigkeit.« Ganz richtig betrachtet Kant diesen Seelenzustand nicht »als eigentliche Seelenkrankheit, sondern eher als Seelenlosigkeit«.

Sogar Zerstreutheit und Abwesenheit gelten für Kant als Fehler des Erkenntnisvermögens. Natürlich wird er diesen Seelenzustand nicht als abnormal betrachtet haben, sondern legt Gewicht darauf, der Vollständigkeit halber Alles zu behandeln, was hierher gehört.

Bisher war von den »Gemütsschwächen« die Rede, also von jenen Geisteszuständen, welche wir heute als Oligophrenien zusammenfassen. Wir gehen nun über auf die von Kant als wirkliche Geisteskrankheiten betrachteten Geisteszustände, also auf seine »Gemütskrankheiten in Ansehung des Erkenntnisvermögens«, dem-

Digitized by Google

nach auf die Grillenkrankheit (Hypochondrie) und auf das gestörte Gemüt (Manie).

Bei der Grillenkrankheit ist sich der Kranke wohl bewußt, daß seine Gedanken nicht richtig ablaufen, aber seine Vernunft hat keine hinreichende Gewalt, den Gang seiner Gedanken zu beeinflussen, ihnen die gewünschte Richtung zu geben, sie anzutreiben oder sie aufzuhalten. »Unzeitige Freude« und »unzeitige Bekümmernis mit Launen wechseln wie das Wetter«. Der »Hypochondrist« entdeckt nicht körperliche Übel bei sich, sondern körperliche Empfindungen machen ihn besorgt und konzentrieren seine Aufmerksamkeit auf diese Empfindungen, so daß sie in ihm die Befürchtung einer wirklichen Krankheit erwecken.

Der Patient weiß, daß seine Befürchtungen Einbildungen sind, hält sie jedoch von Zeit zu Zeit für etwas wirkliches. Ein Beweis dessen, daß wirklich nur Einbildungen die Befürchtungen verursachen, ist nach Kant der Umstand, daß der Betreffende oft außerordentlich lustig und witzig ist und viel lacht.

Die Tiefsinnigkeit (melancholia) ist der bloße Wahn von Elend, den sich »der trübsinnige (zum Grämen geneigte) Selbstquäler verschafft«. Nach Kant ist dies nicht Gemütsstörung, »kann aber wohl dahin führen«. Dies ist eine feine, auf ausgezeichneter Beobachtung beruhende Bemerkung des Philosophen. Denn tatsächlich gibt es Tiefsinnige, die noch nicht als ausgesprochen melancholische Geisteskranke betrachtet werden können, die aber durch graduelle Verschlimmerung ihres Seelenzustandes dann in »Gemütsstörung« verfallen.

Das gestörte Gemüt (mania) ist durch den willkürlichen Verlauf seiner Gedanken gekennzeichnet, die ihre eigenen subjektiven Regeln haben, aber den objektiven Regeln, d. h. denjenigen der Erfahrung zuwider verlaufen.

Diese Gruppe ist bei Kant am wenigsten gut charakterisiert, so daß sie bald an Paranoia, bald an Schizophrenie erinnert.

Wir gehen nun über auf die nach Kant durch abnormale »Sinnesvorstellung« verursachten Geistesstörungen.

Ist die Sinnesvorstellung abnormal, so gibt es zwei Möglichkeiten: Unsinnigkeit und Wahnsinn. Mit Bezug auf die Art der begleitenden Vorstellungen macht dann Kant aus diesen zwei Unterabteilungen deren vier, wie wir weiter unten des Näheren zeigen werden.

Ist bei der Gemütsstörung Urteilskraft und Vernunft »verkehrt«, so heißt sie Wahnwitz oder Aberwitz. Phantast (Grillenfänger) ist derjenige, der »bei seinen Einbildungen die Vergleichung mit den Gesetzen der Erfahrung habituell unterläßt (wachend träumt)«. Tut er dies in einem gewissen Affekt, so ist er

Digitized by Google

Enthusiast. »Unerwartete Anwandlungen des Phantasten heißen Überfälle der Phantasterei.«

Wahnsinn mit Affekt nennt Kant Tollheit. Diesem Zustande nahe steht das Genie. Ist der Zustand des Wahnsinnes durch leichtere, ungeregelte Zerstörung von Ideen kombiniert, so entsteht Schwärmerei. Das Hinbrüten über eine Idee, die keinen möglichen Zweck hat, ist stumme Verrücktheit.

Das Irrereden in Fieberanfällen (delirium) »oder der mit Epilepsie verwandte Anfall von Raserei ist vorübergehend und demnach noch nicht als Verrückung (d. h. als abnormaler Geisteszustand) zu betrachten. Es ist eine körperliche Krankheit »und bedarf medizinischer Vorkehrungen». »Nur der Irreredende, bei welchem der Arzt keine solche krankhaften Zufälle wahrnimmt, heißt verrückt, wofür das Wort gestört nur ein mildernder Ausdruck ist« (Anthropologie § 43 und 49).

Wurm ist »ein an Wahnsinn grenzender Hochmut eines Menschen«, der an andere Menschen das Ansinnen stellt, sie mögen »sich selbst in Vergleichung mit ihm verachten».

Ein geringerer Grad von Wurm ist die Grille (marotte). Es ist dies eine Ansicht oder ein Grundsatz, den anzunehmen man Anderen einreden will.

Ein noch geringerer Grad »die Grenzlinie des gesunden Verstandes« zu überschreiten ist das Steckenpferd.

Den begleitenden Vorstellungen entsprechend teilt nun Kant die »Verrückung« in die tumultuarische, methodische und systematische ein.

1. Die Unsinnigkeit (amentia) ist eine tumultuarische Verrückung. Sie ist »das Unvermögen, seine Vorstellungen, auch nur in den zur Möglichkeit der Erfahrung nötigen Zusammenhang zu bringen«. Zumeist Frauen leiden an dieser Krankheit und zwar infolge ihrer Schwatzhaftigkeit. Sie erzählen mit »viel Einschiebsel in ihrer lebhaften Einbildungskraft«, so daß Niemand begreift, was sie eigentlich sagen wollen.

Ist dies nicht eine meisterhafte Schilderung der manischen Schwatzhaftigkeit? Und sagt das Wort »Einschiebsel« nicht einfach das, was wir heute durch Ideenflucht verursachte Ablenkbarkeit und Beschleunigung des Gedankenganges nennen?

2. Die methodische Verrückung ist der Wahnsinn (dementie). Es ist »diejenige Störung des Gemüts, da alles, was der Verrückte erzählt, zwar den formalen Gesetzen des Denkens zu der Möglichkeit einer Erfahrung gemäß ist, aber durch falsch dichtende Einbildungskraft selbst gemachte Vorstellungen für Wahrnehmungen gehalten werden«. Hierher gehören alle, die da glauben, Feinde um sich zu haben, die »alle Mienen, Worte oder sonstige gleichgültige Handlungen Anderer auf sich abgezielt und als

Digitized by Google

Schlingen betrachten, die ihnen gelegt werden«. Wenn wir hinzufügen, daß Kant diese Art von Kranken als besonders scharfsinnig im Auslegen der unbegangenen Handlungen Anderer bezeichnet, daß er solche Kranke mit der »besonderen Anlage, mit Vernunft zu rasen« nie heilen sah, so erkennen wir hier leicht die Gruppe der Paranoia und müssen den großen Philosophen auch als großartigen Beobachter bewundern, besonders da er als das Wesentliche dieser Art von Geisteskrankheit das Methodische hervorhebt, also das, was wir heute als systematisierten Wahn bezeichnen.

3. Eine andere Abart der Verrückung, welche nach Kant ebenfalls methodisch aber auch zugleich fragmentarisch ist, ist der Wahnwitz (insania). Sie ist eine »gestörte Urteilskraft«. Das Gemüt wird nach Kant bei dieser Krankheit »durch Analogien hingehalten«, »die mit Begriffen einander ähnlicher Dinge verwechselt werden, und so die Einbildungskraft ein dem Verstande ähnliches Spiel der Verknüpfung disparater Dinge als das Allgemeine vorgaukelt«.

Wenn wir uns an Kants Definition der Urteilskraft erinnern (sie ist das Vermögen, das Besondere, sofern es ein Fall der Regel ist, aufzufinden), so bleibt er sich bei der Definition der letztgenannten Art von Geistesstörung ganz konsequent, indem er erklärt, eine falsche Verknüpfung ähnlicher Dinge bringe hier ein notwendigerweise falsches Urteil zustande und diese Geisteskrankheit sei demnach eine Krankheit der Urteilskraft.

Nun eine nähere Schilderung dieser Kranken. Sie seien zumeist vergnügt, »dichten abgeschmackt und gefallen sich in dem Reichtume einer so ausgebreiteten Verwandtschaft sich, ihrer Meinung nach, zusammenreimender Begriffe.«

Hier ist es schwerer als bei der »tumultuarischen« und rein »methodischen« Form der »Verrückung« anzugeben, welche moderne psychiatrische Begriffe dieser methodisch-fragmentarischen Spielart entsprechen. Da sie ebenfalls methodisch, also unserer modernen Auffassung entsprechend systematisiert ist, da ferner die betreffenden Kranken abgeschmackt dichten und sich in dem Reichtum der ihrer Meinung nach zusammengehörenden Begriffe gefallen, wobei sie die disparaten Dinge verknüpfen, so scheint mir, daß hier von Schizophrenikern, zumeist von verträumten, dichtenden Autisten die Rede ist. Da Kant diese Art von Geisteskranken am Ende des 18. Jahrhunderts beschrieb, einer poetisch-ästhetisierenden Zeit, wo auch minder Begabte sich in der allgemein hochgeachteten Dichtkunst versuchten, so ist es wahrscheinlich, daß Kant in diese Gruppe von Geisteskranken ruhige, verträumte, autistische, dem Zuge der hyperästhetisierendenZeit folgende schizophrene Dichterlinge einteilte, die ihren disparaten Gedanken die Form von Gedichten verliehen.

Digitized by Google

4. Als »systematische Verrückung« bezeichnet Kant den Aberwitz (vesania). Dies ist nach ihm die Krankheit einer gestörten Vernunft. Der Kranke glaubt »des Probiersteines der Erfahrung ganz überhoben sein zu können«. Er wähnt das Unbegreifliche zu begreifen. Die unmöglichsten Erfindungen und Entdeckungen, die Entschleierung übermenschlicher Kräfte, der Begriff der Geheimnisse und Arkane scheinen ihm in handgreiflicher Nähe zu sein. Diese Kranken sind nach Kant die ruhigsten und ihrer »in sich verschlossenen Spekulation wegen am meisten von der Raserei entfernt«.

Diese Krankheit ist nach Kant nicht nur durch »Abweichung von der Regel des Gebrauches der Vernunft« charakterisiert, sondern sie ist auch »positive Unvernunft, d. i. eine andere Regel, ein ganz verschiedener Standpunkt, worein, sozusagen, die Seele versetzt wird... (daher das Wort »Verrückung«).« Trotzdem gibt Kant auch bei dieser Art von Geistesstörung ein System zu.

Diese letztere Bemerkung gibt uns ein Recht, diese von Kant beobachtete Geistesstörung der Paranoia am nächsten zu stellen. Und zwar ist man hier berechtigt, an ganz ruhige, verträumte Volksbeglückungswahnideen zu denken, wie sie bei Religions- und Sektengründern vorkommen.

Kant fügt noch folgendes hinzu: Durch physische Mittel könne man sich in einen, der Verrückung nahe stehenden Zustand versetzen. Doch sei es gefährlich, mit dem Gemüt (vergessen wir nie, daß Kant unter Gemüt immer nur das Bewußtsein versteht) Experimente.... zu machen (so wie Helmont nach Einnahme einer Dosis Napell[1]) wahrgenommen haben will, als ob er im Magen dächte), denn ein gekünstelter Wahnsinn könnte leicht ein wahrer werden, (Anthropologie § 50). Dieselbe Ansicht hegen wir noch heute über die allzu häufige Anwendung von hypnotischen Methoden in der Heilkunde. Und auch hier müssen wir den Scharfsinn und das Maßvolle des Urteiles des Königsberger Weltweisen bewundern.

Nur noch einige Worte über Kants Meinung mit Bezug auf die Behandlung der Geisteskrankheiten. In seinem »Versuch über die Krankheiten des Kopfes«, einem Frühwerke, sagt er, man müsse den Bescheid des Arztes suchen, denn diese traurigen Übel, wenn sie nur nicht erblich sind, lassen noch eine glückliche Genesung hoffen... »Doch möchte ich Ehren halber den Philosophen nicht gern ausschließen, welcher die Diät des Gemütes verordnen könnte, nur unter dem Beding, daß er hierfür, wie für seine mehreste andere Beschäftigung, keine Bezahlung erfordere.«

*

[1]) Hier ist der Extraktivstoff des Eisenhutes (Aconitum Napellus), das Aconitin gemeint.

Digitized by Google

Was sollen wir über Kants psychiatrische Vorstellungen denken? Und vor allem: Können sie irgendwie unserem heutigen psychiatrischen Denken zwanglos angepaßt werden, d. h. gibt es zwischen Kants und unserer Auffassung Berührungspunkte?

Nach all dem bisher Gesagten können wir diese letzte Frage ruhig bejahen. Aus der Tabelle auf S. 7 erhellt, daß der große Philosoph manche Einheiten unter den psychiatrischen Krankheitsbildern auf das Treffendste geschildert hat. Dies ist so sehr richtig, daß einzelne der von ihm beschriebenen Gruppen (wie Gemütsschwäche, Tiefsinnigkeit, Grillenkrankheit, Unsinnigkeit, Wahnsinn, Wahnwitz und Aberwitz) sich mit den unserer modernen Auffassung entsprechenden Gruppen geradezu decken.

Und wie fein sind seine Bemerkungen, in welchen er die Unsinnigkeit, je nach dem Charakter der begleitenden Ideen in tumultuarische, systematische und methodische einteilt, diese letztere noch in eine fragmentarisch-methodische! Hier sieht man den ausgezeichneten Beobachter am Werk, der in die subtilsten Einzelheiten einzudringen vermag.

Allerdings gibt es unter den von Kant aufgestellten Gruppen solche, deren Grenzen sich mit modernen Gruppen schneiden, z. B. die Schizophrenie. Aber dies kann nicht als Vorwurf gelten, denn wir wissen zu gut, daß die Grenzen der Schizophrenie eines der am heißesten umstrittenen Themata der modernen Psychiatrie sind und daß man noch lange nicht imstande ist, diese Krankheit einheitlich erklären zu können. Und übrigens wissen wir auch das nicht, ob nicht eine neue psychiatrische Lehre der Zukunft unsere heutige Auffassung über den Haufen werfen wird.

Einzelne Schwächen der Kantschen psychiatrischen Auffassung — wenn wir sie so benennen dürfen — finden ihre Entstehungsursache in der allgemeinen Medizin und der Kultur seiner Zeit. In jener Epoche, in welcher Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie und Therapie noch lange nicht so entwickelt waren wie heute und zahlreiche metaphysische und abergläubische medizinische Ideen in den Reihen des Publikums und der Ärzte spukten, mögen hypochondrische Vorstellungen eine viel größere Rolle gespielt haben als heute. Deshalb auch die genaue Beschreibung der Hypochondrie bei Kant.

Da die Schizophrenie als Krankheitseinheit unbekannt war, so mußte sie, je nach ihren Erscheinungssymptomen, in Kants Schriften bald hier bald dort Platz finden. Und es sollte uns nicht wundern, wenn er manche ruhige, noch soziale Schizophrene bei der Gruppe der »Gemütsschwäche« unter albern, borniert, einfältig, dumm oder als Laffen beschrieben hat.

Es braucht uns auch nicht zu wundern, wenn wir die progres-

Digitized by Google

sive Paralyse im psychiatrischen System Kants nicht finden. Diese Krankheit wurde erst im Jahre 1823 vom französischen Arzte *Bayle* von anderen Geisteskrankheiten endgültig abgesondert, obwohl sie vor *Bayle* auch *Esquirol* und *Georget* bekannt war. Die hier behandelten Ansichten Kants stammen hingegen aus der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und die Anthropologie, als der reichste Fundort seiner psychiatrischen Ansichten, erschien schon im Jahre 1798 als sein letztes Werk. Es ist aber sicher, daß die darin enthaltenen Lehren schon lange vor Erscheinen des Buches an der Universität von Kant vorgetragen wurden.

Wenn er dennoch Gelegenheit gehabt haben sollte, einzelne Fälle von progressiver Paralyse zu beobachten oder wenigstens zu sehen, so wird er sie je nach dem augenfälligsten Symptom bei völliger Verblödung zur »Gemütsschwäche«, bei blühenden Wahnideen in die Gruppe der »Unsinnigkeit« oder des »Wahnsinnes« oder des »Aberwitzes« eingereiht haben.

Auch über hysterische Symptome finden wir nichts bei Kant. Die Hysterie war schon im Altertum bekannt und *Sydenham* († 1689) kannte sie als Nervenkrankheit. In der ruhigen Stadt Königsberg wird der immer nur beschauliche Ruhe suchende Kant nur selten oder gar nicht Gelegenheit gehabt haben, Hysteriker zu sehen. Wenn ja, so mochte er sie in seine Gruppen Grillenkrankheit (»unzeitige Freude und unzeitige Bekümmernisse, mithin Launen«) eingeteilt haben.

Daß der Alkoholismus und andere Süchte von Kant im Rahmen seiner psychiatrischen Ansichten nicht erwähnt werden, braucht uns ebenfalls nicht zu wundern. Natürlich war ihm der Alkoholismus bekannt, da er ja viele Russen, Polen, Engländer und Seefahrer aller Nationen im Hafen Königsbergs zu beobachten reichliche Gelegenheit hatte. Aber zu seiner Zeit wurde der Alkoholismus als menschliches Laster, nicht aber als endogene Krankheit betrachtet. Morphium und Kokain gab es damals noch nicht. Daß es Opium- und Haschischesser gab, mußte Kant als gründlicher Kenner von Reisewerken ganz gut wissen, aber sicherlich hatte er keine Gelegenheit solche Menschen zu beobachten, die zu jener Zeit übrigens auch nur als lasterhaft, nicht aber als krank betrachtet wurden.

Kant befaßte sich als einer der ersten mit der Beobachtung und Beschreibung psychiatrischer Symptome, denn mit Ausnahme eines im Jahre 1786 erschienenen Buches des englischen Arztes *Thomas Arnold* schrieben Zeitgenossen Kants Werke ähnlichen Inhaltes erst nachdem seine Anthropologie herausgekommen war, so *Harpers* »Abhandlung über die Ursache und die Behandlung der Geisteskrankheiten« im Jahre 1789 und *Alexander Crichtons* Buch im Jahre 1799. Und *Philippe Pinels* berühmtes Werk »Traité

Digitized by Google

médico-philosophique sur l'aliénation mentale« erschien erst im Jahre IX der französischen Republik, also 1802. Und um wie viel höher stand Kant, der die Geisteskrankheiten biologisch und psychologisch erklärte, als die von *Joh. Christian Heinroth* (1773 bis 1843) vertretene Richtung, die die Geisteskrankheiten von Irrtum, Verkehrtheit, Leidenschaften, sündigen Affekten und verwerflichen Begierden herleitete!

Nach all den Beobachtungen und Beschreibungen Kants, welche auf den vorhergehenden Seiten seinen psychiatrischen Ansichten Ausdruck verleihen, müssen wir mit Bewunderung anerkennen, daß der große Philosoph auch auf einem ihm und seiner Zeit so fern liegenden Gebiete, wie es die Psychiatrie ist, mit der schärfsten Beobachtungsgabe die glänzendsten Deutungen der psycho-pathologischen Erscheinungen verband, sodaß er, der weder Arzt war noch sich anmaßte, Psychologe oder gar Psychiater zu sein, geradezu als Vorläufer der modernen Psychiatrie in ihrer vorheroischen Epoche zu betrachten ist.

Digitized by Google

(Aus dem gerichtsärztlichen Institut der Universität Breslau.
Direktor Prof. Dr. *K. Reuter*.)

Nachuntersuchungen über kriminelle und asoziale Jugendliche.

Von

Dorothea Grieger-Meißner.

Die vorliegende Arbeit stellt die Resultate einer Nachuntersuchung an 60 kriminellen und asozialen Jugendlichen dar. Die Möglichkeit für eine solche Untersuchung, wie sie hier vorgenommen werden konnte, besteht erst, seitdem nach dem Kriege die Jugendpflege größere Ausdehnung gewonnen hat. Die Fortschritte der Praxis forderten die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Beurteilung. Grundlegend wurden die Arbeiten von *Stelzner, Gruhle, Seifert* und andere. *Gregor* war der erste, der die direkte und fortlaufende Beobachtung der Jugendlichen verwertete. Sein Material besteht nur aus Fürsorgezöglingen und stellt daher eine gewisse Auswahl dar. Der Gerichtsarzt hat die Möglichkeit, auch leichte und mittelschwere Fälle asozialer und krimineller Jugendlicher zu beobachten und zu beurteilen.

Durch die Zusammenarbeit mit den Jugendfürsorgestellen der öffentlichen Wohlfahrt, die in den letzten Jahren zunehmend breiteren Raum als früher einnimmt, werden Fälle beginnender und mäßiger Verwahrlosung erfaßt, auch wenn sie noch nicht kriminell geworden sind. Durch das seit 1924 bestehende besondere Jugendgericht werden kriminelle Jugendliche zur ärztlichen Untersuchung und Beurteilung in Breslau in das gerichtsärztliche Institut geschickt. So hat sich im Laufe der Jahre eine große Zahl von einmal untersuchten Fällen angesammelt. Um den weiteren Entwicklungsgang dieser Jugendlichen zu verfolgen, wurden Nachuntersuchungen vorgenommen.

Die Nachuntersuchungen wurden 1929 vorgenommen, die erste Untersuchung liegt durchschnittlich 2—3 Jahre zurück. Der Ausgangspunkt der Nachuntersuchungen ist die Feststellung des augenblicklichen Zustandes der Jugendlichen. Ist er gegenüber dem Zustand der ersten Untersuchung gebessert, so ist von Erfolg zu sprechen, hat er sich verschlechtert oder ist gleich geblieben, so bedeutet es Mißerfolg. Erfolge und Mißerfolge aller Fälle sind tabellarisch dargestellt. Die Jugendlichen sind hier der besseren Übersicht wegen in klinische Gruppen eingeteilt.

Digitized by Google

Es handelt sich darum, die Charakterentwicklung der Jugendlichen besonders aus der Charakteranlage, der erblichen Belastung, dem Milieu und den angewendeten Erziehungsmaßnahmen verständlich zu machen. Es soll festgestellt werden, welche Bedeutung die einzelnen genannten Faktoren für die verschiedenen Typen der Jugendlichen haben. Als Kriterium für die Wichtigkeit der hemmenden oder fördernden Umstände ist das durch sie bedingte Erziehungsresultat anzusehen. Es sind die Erfolge der Erziehungsmaßnahmen zu vergleichen mit der anfangs gestellten Prognose und dabei die Gründe für Erfolg und Mißerfolg näher auseinanderzulegen. Am Erfolg kann auch beurteilt werden, ob das bei der ersten Untersuchung vorliegende Delikt als Ausdruck einer Gesamthaltung oder einer einmaligen Tat richtig bewertet worden ist. Daraus sind nähere Anhaltspunkte für die Beurteilung der Jugenddelikte überhaupt zu gewinnen. Nach der gesamten Darstellung der Arbeit eröffnen sich weitere Perspektiven für die Fortführung der Nachuntersuchungen und damit praktisch für Art und Anwendung der Erziehungsmaßnahmen.

Bei Sichtung des Materials zeigte es sich, daß von klinischen Gruppen vertreten sind: 34 Psychopathen, 17 Schwachsinnige, 3 Geisteskranke und 7 psychisch Intakte. Des Raummangels wegen ist es leider nicht möglich, die einzelnen Befunde der Untersuchung und Nachuntersuchung anzuführen. Wir müssen uns auf die Ausführung der allgemeinen Ergebnisse beschränken. Der besseren Übersicht wegen sind die bei den einzelnen Fällen verzeichneten Erfolge in einer Tabelle zusammengestellt. Zu bemerken ist, daß die hier angewendeten allgemein üblichen Bezeichnungen für die Resultate relativ zu verstehen sind. Sie sind im Hinblick auf das Ziel gegeben, das dem Individuum nach seiner Anlage bei Berücksichtigung des Milieus gesetzt ist, und zeigen an, in welchem Sinne der Zustand des Jugendlichen seit der ersten Untersuchung eine Änderung erfahren hat.

Die größte Zahl der untersuchten Jugendlichen sind Psychopathen. Mit 56% stehen sie den Schwachsinnigen (28%) bei weitem voran. Die Tabelle zeigt, daß die Psychopathen ebenso wie die Schwachsinnigen in 58% »unsicheren« und keinen Erfolg haben. Die »guten« Erfolge sind bei den Schwachsinnigen häufiger. »Kein« Erfolg kommt öfter bei den Psychopathen vor, so daß diese also im Erfolg ungünstiger scheinen. Diese Tatsache steht im Gegensatz zu den Feststellungen *Gregors*, dessen Psychopathen unter den Fürsorgezöglingen günstigere Erfolge hatten als die Schwachsinnigen. Um das Zustandekommen des Erfolges zu verstehen, soll im einzelnen gezeigt werden, welche Bedeutung Intelligenz, Wille und Affekt für die Entwicklung der Jugendlichen haben. Von den 34 Psychopathen haben 19 normale Intelligenz,

Digitized by Google

15 sind schwachsinnig. Es ist von Interesse festzustellen, ob die schwachsinnigen Psychopathen schlechtere Erfolge aufweisen. Von den 19 Psychopathen normaler Intelligenz waren 5 gut, 1 gebessert, 5 unsicher, 8 ohne Erfolg. Von den 15 schwachsinnigen Psychopathen waren 1 gut, 7 gebessert, 3 unsicher, 4 ohne Erfolg.

Wenn man in dieser Zusammenstellung die letzten zwei Rubriken als Mißerfolge betrachtet, so sieht man, daß die schwachsinnigen Psychopathen durchaus keine schlechteren Resultate haben als normal intelligente, wie man es vielleicht erwartet hätte. Die Erfolge im allgemeinen sind bei der zweiten Gruppe sogar zahlenmäßig günstiger. Diese Feststellung stimmt mit *Gregor* überein: »Soweit Intelligenzreduktion vorlag, hatte sie in dem Resultat zu Verwahrlosung und Delikt keine innigeren Beziehungen«. Immerhin muß das Zutreffen dieser Tatsache eingeschränkt werden. Denn es fällt auf, daß die Erfolge der schwachsinnigen Psychopathen mit dem Resultat »gebessert« in der Hälfte der Fälle vertreten sind. »Guter« Erfolg ist nur einmal zu verzeichnen und zwar bei einem Jugendlichen, dessen Intelligenz nahezu als normal beschränkt zu nennen ist. — Die intelligenten Psychopathen weisen fünfmal, d. h. also 24%, »guten« Erfolg auf. Qualitativ stehen die intelligenten den debilen Psychopathen also doch voran. Man kann sagen, daß bei Psychopathen mit sonst günstiger Prognose die normale Intelligenz den Erfolg wahrscheinlicher macht, während bei schwachsinnigen mehr mit mäßigen Erfolgen oder Mißerfolgen zu rechnen ist.

An zweiter Stelle ist die Bedeutung von Willen und Gemütslage der Psychopathen zu beachten. Dabei erweist es sich als praktisch, die Einteilung *Gregors* anzuwenden. Er hält folgende Art der Typenaufstellung wegen der Anwendung entsprechender Erziehungsmaßnahmen für zweckmäßig:

I. haltlose (Willensschwäche hervorgehoben) a) erethische (differenziertes Gemüt, leicht anregbar), b) torpide (gemütsstumpf),

II. triebhafte Psychopathen (Triebleben im Vordergrund).

Der Erfolg ist I. bei den Haltlosen und II. den Triebhaften:

I.	5 gut	5 gebessert	5 unsicher	3 kein
II.	1 gut	3 gebessert	3 unsicher	8 kein

Von den 18 haltlosen Psychopathen hat also etwa $^1/_3$ guten, $^1/_6$ keinen Erfolg. Ganz anders bei den Triebhaften, die zur Hälfte erfolglos waren. Der eine als »gut« bezeichnete Fall muß insofern anders beurteilt werden, als bei ihm im Gegensatz zu den andern Fällen schon (im Alter von 9 Jahren) im Beginn seiner Verwahrlosung ernste Erziehungsmaßnahmen angewendet wurden. — Aus dem Vergleich der Erfolge bei beiden Typen geht hervor, daß die Haltlosen eine günstigere Prognose zu stellen erlauben als die Triebhaften. Unter den Haltlosen sind es die affekt- und intellekt-

Digitized by Google

stumpferen, die als torpide bezeichneten, die die größere Zahl an »unsicheren« und »keinen« Erfolgen darstellen. Die leichter auf Reize ansprechenden erethischen Haltlosen liefern die größere Zahl an »guten« und gebesserten Fällen. Abgesehen von Intelligenz und Willen haben die Psychopathen so ihrer sittlichen Haltung entsprechende Erfolge, daß man bei einer Beurteilung die verschiedenen jugendlichen nach bestimmten moralischen Typen betrachten kann. *Gregors* Gruppenaufstellung bezieht sich auf moralische Intaktheit, moralische Schwäche, (durch Haltlosigkeit charakterisiert) moralische Minderwertigkeit (durch asoziale Neigungen ausgezeichnet) und moralische Indifferenz (bei geistig Minderwertigen, Unzurechnungsfähigen). Diese Unterscheidung ist für den Erziehungsplan besonders wichtig. Man muß wissen, ob ein Vergehen einer einmaligen Situation entsprang, was bei moralischer Intaktheit oder Haltlosigkeit sein kann, oder ob der Jugendliche aus einer asozial gerichteten Triebeinstellung handelte. In jedem Falle wird die Erziehung anders sein.

Werden die Psychopathen nach ihrer moralischen Haltung in ihren Erfolgen verglichen, so ergibt sich folgende Übersicht:

moralisch intatakt	3 gut	3 gebessert	1 unsicher	0 kein
moralisch schwach .	2 gut	5 gebessert	5 unsicher	2 kein
moralisch minderwertig	2 gut	1 gebessert	2 unsicher	7 kein
moralisch indiff.	—	—	—	1 kein

Die moralisch Intakten sind durchaus günstig im Erfolg. Eine gewisse Willensschwäche liegt bei allen 7 Fällen vor. Sie äußert sich in Unlust und mangelndem Antrieb zur Arbeit, in Bummeln und Ausreißen auf unangenehme Reize hin. Ein Delikt liegt in keinem Falle vor. Hinsichtlich zahlenmäßiger Verteilung geht hervor, daß die moralisch Schwachen am zahlreichsten sind, an 2. Stelle die moralisch Minderwertigen folgen. Es ist deutlich die absteigende Linie des Erfolges zu erkennen: der allgemeine Erfolg ist bei den moralisch Intakten am besten; erreicht bei den moralisch Schwachen bedeutend mittelmäßigere Grade und ist bei den moralisch Minderwertigen schwach, gerät zum größeren Teil ganz ins Wanken. Die Prognose auf Grund moralischer Vererbung zu stellen, scheint also große Berechtigung zu haben.

Von den 17 Schwachsinnigen, die 28% des gesamten Materials ausmachen, sind 11 als debil, 6 als imbezill bezeichnet. Wie von vornherein anzunehmen nahe lag, sind bei den Imbezillen »keine und unsichere« Erfolge vorhanden. Drei unter den Debilen haben nahe Beziehungen zur Psychopathie. Doch wird ihr Charakterbild hauptsächlich durch die Geistesschwäche beherrscht, und sie sind deshalb mehr der Gruppe der Schwachsinnigen zuzurechnen. Im ersten Falle waren die psychopathischen Züge als Folge eines In-

Digitized by Google

suffizienzgefühles deutlich geworden, indem der Jugendliche auf unangenehme Reize mit Fortlaufen reagierte. Im 2. Fall entwickelte sich neben geringen Zeichen psychopathischer Veranlagung Homosexualität. Im 3. Fall wurde die Geistesschwäche im Verlaufe der Entwicklung noch ausgesprochener, so daß sie als alleiniger Faktor das Charakterbild beherrschte.

Unter den Schwachsinnigen sind 4 Fälle, bei denen der Infantilismus besonders ausgeprägt ist. In einem Falle waren, wie die Nachuntersuchung bestätigte, die vorhandenen Zeichen leichter Geistesschwäche nur in der zu weit zurückgebliebenen Entwicklung begründet und glichen sich aus, als die Entwicklung eingeholt war.

Zwei weitere Fälle von Infantilismus bei Debilität besserten sich soviel wie es dem allmählig überwundenen Infantilismus entsprach. In dem 4. Fall kommt das nicht so deutlich zum Ausdruck, weil der Schwachsinn so hochgradig ist, daß selbst nach Ausgleich des Infantilismus kein Erfolg deutlich werden kann. In einem Falle bleibt die infantile Entwicklungsstufe bestehen. Bei den Psychopathen fanden sich dieselben Verhältnisse: auch unter ihnen hat sich der Infantilismus, der in 2 Fällen die Prognose trübte, günstig ausgeglichen.

In dieser Beziehung läßt sich in bezug auf die Prognose bei den Schwachsinnigen wie den Psychopathen sagen, daß durch den Infantilismus verursachte Störungen der Charakterentwicklung günstig ablaufen.

Eine deutliche Differenz in der Beurteilung der psychopathischen und schwachsinnigen Jugendgruppen besteht hinsichtlich des Zeitpunktes, an dem das pathologische Charakterbild zutage tritt. Verfolgt man bei den Schwachsinnigen, seit wann der jetzige Zustand besteht, so lassen sich in allen Fällen Angaben über späte Entwicklung im frühen Kindesalter, spätes Laufen- und Sprechenlernen und schlechte Schulerfolge, feststellen. Die eigentliche Verwahrlosung tritt später auf, wenn das von Führung und Zwang freie Leben der Nachschulzeit höhere Forderungen stellt. Bei den Psychopathen lagen mit Sicherheit in 7 Fällen zuverlässige Angaben darüber vor (mit Wahrscheinlichkeit in einer größeren Zahl), daß in der Kindheit nichts Auffälliges bemerkt worden sei. Die psychopathischen Züge traten erst in der Pubertätszeit auf. Aus den Erfolgen dieser 7 Fälle: 3 gut — 3 gebessert — 1 unsicher — 0 ohne Erfolg — ergibt sich der Hinweis auf eine günstige Prognose bei Jugendlichen, die in der Pubertät zum erstenmal auftretende auf Psychopathie hinweisende Defekte haben.

Unter den moralischen Gruppen der Schwachsinnigen ist festzustellen;

moralisch schwach	3 gut	2 gebessert	4 unsicher	2 kein
moralisch intakt	2 gut	2 unsicher		

Digitized by Google

hier läßt sich also nicht wie bei den Psychopathen sagen, daß der moralischen Bewertung der Erfolg entspräche. Der Intelligenzdefekt scheint die Einsicht des Individuums zu stark zu hemmen. Es fragt sich, warum bei den Psychopathen die normale Intelligenz den Defekt der Willens- und Affektfunktion nicht kompensieren kann. Jedenfalls müßte dieser Weg in der Erziehung normal intelligenter Psychopathen nie unversucht bleiben. *Bleuler* äußert sich dazu: »Immer ist die Affektivität (bei Psychopathie) mit ihrer unbegrenzten Variationsmöglichkeit das Ausschlaggebende, während die in engen Schranken fixierten intellektuellen Funktionen überrumpelt werden oder sich doch nur sekundär mitbeteiligen«. Schwachsinnige sind zwar auch willensschwach und triebhaft, aber deshalb, weil infolge des Intelligenzdefektes die normale Regulation von Willens- und Triebleben ausbleibt. Hier wird die Erziehung dadurch mehr erreichen, daß sie dem Willen eine bestimmte Richtlinie weist und das Triebleben durch moralische Bindungen, zunächst Gebote und Verbote, zu ordnen sucht.

Wieweit man bei allen Erziehungsversuchen auf Erfolge rechnen kann, ist zum großen Teil auch abhängig von der Einwirkung der erblichen Belastung auf die pathologischen Charakterzüge. Welche Bedeutung die erbliche Belastung bei den hier beschriebenen Fällen überhaupt hat, geht zunächst allein daraus hervor, daß von 60 Fällen nur 25% unbelastet sind. Darunter sind von den 34 Psychopathen 4 unbelastet, von den 17 Schwachsinnigen 3 unbelastet, von den 3 Geisteskranken 1 unbelastet (nicht sicher), von den 6 psychisch Intakten 6 unbelastet. Demnach sind die Psychopathen in 88% belastet, die Schwachsinnigen in 82%. Die Zahl der Geisteskranken und psychisch Intakten ist zu klein, um eine prozentuale Berechnung zu rechtfertigen.

Die nichtbelasteten Fälle haben folgende Resultate: 2 gut, 2 gebessert, 1 kein Erfolg (dementia praecox), Schwachsinnige 2 gut, 2 unsicher, psychisch Intakte 6 gut.

Das Besserungsergebnis unbelasteter Fälle neigt deutlich nach der positiven Seite. Der unbelastete Psychopath ohne Erfolg fällt deshalb aus der Reihe der Beurteilung, weil er einen ausgesprochenen Grenzfall zu den Geisteskranken darstellt.

Dieser kurze Überblick zeigt deutlich genug, welche Rolle die erbliche Belastung für die Verwahrlosung und auch für die zu erwartenden Erziehungserfolge spielt.

Mehrfach ist es auch versucht worden, qualitative Belastungsgrade festzustellen und in ein sicheres Verhältnis zur Prognose zu bringen. Die Untersuchung des vorliegenden Materials ergibt folgendes: Unter den verschiedenen Arten der Belastung steht die Trunksucht an erster Stelle mit 41%. Von den belasteten Psychopathen sind 50% betroffen. Mit weit geringeren Prozentzahlen

Digitized by Google

folgen die Schwachsinnigen und Geisteskranken. Die mit Trunksucht erblich belasteten Psychopathen verhalten sich aber in ihren Erfolgsresultaten den übrigen Psychopathen gegenüber nicht auffällig. Aber es scheint, daß die Belastung mit Trunksucht eher zu Psychopathie als zu andern abnormen Anlagen disponiert. Die an anderem Material (*Rehm*) festgestellte Tatsache, daß bei Belastung mit Trunksucht die Prognose ungünstiger zu stellen wäre, als bei andersartiger Belastung läßt sich an den vorliegenden Fällen nicht nachweisen.

An 2. Stelle steht die Belastung mit Geisteskrankheit mit 9 Fällen (das sind 21 % der Belasteten). Es folgen 6 Fälle mit Nervosität, 5 Fälle mit Schwachsinn, 4 Fälle mit Paralyse, 3 Fälle mit Psychopathie Belasteter; zusammen 27 Fälle, d. h. 45% der beobachteten Jugendlichen. Der Erfolg dieser Fälle in unmittelbare Beziehung zu diesen verschiedenartigen Belastungen gebracht, hat nichts Übersichtliches ergeben. Natürlich entspricht aber besonders gehäufter und schwerer Belastung ein sehr ungünstiger Erfolg. 16 Fälle sind durch beide Eltern belastet, 6 von diesen außerdem durch weitere Verwandte.

Unter den 34 Psychopathen sind 12 mehrfach belastet = 35 %, unter den 17 Schwachsinnigen sind 2 mehrfach belastet = 11 %, unter den Geisteskranken sind 2 mehrfach belastet. Die Resultate bei den 16 mehrfach belasteten sind 0 gut, 4 gebessert, 5 unsicher, 7 kein. Der letzten Gruppe bisher absoluter Erfolglosigkeit gehören die 6 oben erwähnten vielfach Belasteten an. Danach erscheint vielfache Belastung prognostisch absolut ungünstig. (Diese Tatsache dürfte für die Frage der Sterilisation der Verbrecher von Bedeutung sein.) Die doppelt belasteten 10 Fälle laufen immerhin nicht ganz so sicher erfolglos aus.

Exogene Momente als Einfluß auf die Verwahrlosung Jugendlicher treten bei 18 Fällen hervor. Als allein ausschlaggebend zu werten ist das Milieu nur bei 3 unbelasteten psychisch Intakten: Ein Jugendlicher machte verständlicherweise den Umständen entsprechend Schulden und zu ihrer Deckung Unterschlagungen. Ein anderer entlief aus einem durch das strenge Milieu des Elternhauses gezüchteten Insuffizienzgefühl. Bei einem dritten zeigten sich vorübergehende Schäden einer infolge oft gewechselter Pflegestellen mangelhaften Erziehung. Alle 3 Jugendlichen haben »guten« Erfolg. 3 weitere Fälle mit »gutem« Erfolg zeigen den Einfluß des Milieus ohne erbliche Belastung bei einer gewissen psycho- bezw. neuropathischen Veranlagung, die durch das Milieu aber erst in bedeutendem Umfang großgezogen wird. Der — durch Ausschaltung des Milieus — gute Erfolg ist ein Beweis für die Richtigkeit der Annahme, daß durch ungünstiges Milieu die pathologische Anlage aktiviert werden kann und also umgekehrt bei früh-

Digitized by Google

zeitiger Ausschaltung des Milieus die ungünstige Anlage nicht mehr so stark wirken kann, besonders wenn der durch Erziehung geschulte Wille noch dagegen ankämpft. Jeder Kinderarzt kennt solche neuropathische Kinder, die durch Milieuwechsel sich besserten. Als nur mitwirkender Faktor tritt das Milieu in 9 Fällen hervor, von denen — 1 gut, 4 gebessert, 3 unsicher, 1 ohne Erfolg — den Psychopathen und Schwachsinnigen zu gleichen Teilen angehören. Es läßt sich schwer sagen, ob die Schwachsinnigen dem Einfluß des Milieus mehr unterliegen als die Psychopathen, man ist aber versucht, es zu bejahren. Bei den 5 »gut« und »gebessert« genannten Fällen ist die erbliche Belastung weniger bedeutend und der Jugendliche den ungünstigen exogenen Einflüssen nur kürzere Zeit ausgesetzt. Das für den Jugendlichen mangelhafte oder ungünstige Milieu äußert sich in verschiedener Weise. Es war festzustellen: oft gewechselte Pflegestellen bei Waisen 3 mal, Vater Trinker, Mutter krank oder liederlich oder auswärts in Arbeit 4 mal, Vater tot — Mutter krank 1 mal, Eltern getrennt — Mutter krank oder beschäftigt 2 mal, zu strenge, einseitige Erziehung 2 mal, zu nachsichtige Erziehung (Großmutter) 2 mal. Um nach Möglichkeit die entwicklungsschädigenden Faktoren wie Charakteranlage, erbliche Belastung und Milieu auszugleichen oder zu schwächen, wurden dem einzelnen Fall angepaßte Fürsorgemaßnahmen angewendet. Als wichtig sind zu nennen: Schutz-Aufsicht, Milieuwechsel, Fürsorgeerziehung, Heilbehandlung. Bei 25 von den vorliegenden 60 Fällen wurden keine Fürsorgemaßnahmen angewendet. In einer größeren Anzahl von Fällen war ein weiterer Eingriff wegen des allgemein günstigen Zustandes der Jugendlichen nicht nötig; in 3 Fällen von Geisteskrankheit war es wegen mangelnder Aussicht auf Besserung von vornherein unangebracht. In einigen Fällen konnte wegen Unnachweisbarkeit eines Delikts (Homosexualität) nicht eingegriffen werden und in dem Rest von 3 bis 4 Fällen ohne Vergehen scheiterte die Einleitung von weiteren Erziehungsmaßnahmen an dem Unverstand der Eltern. Bei 33 Jugendlichen wurden Fürsorgemaßnahmen durchgeführt und zwar Schutzaufsicht 6 mal, Milieuwechsel 6 mal, Fürsorge-Erziehung 19 mal und Heilerziehung 2 mal.

Es ist aus der nach der ersten Untersuchung vorgeschlagenen Erziehungsmaßnahme die damalige Prognosestellung zu erkennen. Es ist interessant, die damals gestellte Prognose mit dem jetzigen Resultat zu vergleichen. Die 6 Fälle der Schutz-Aufsicht ergeben: 1 gut, 2 gebessert, 3 unsicher; 6 Fälle von Milieuwechsel 1 gut, 4 gebessert, 1 unsicher; 19 Fälle Fürsorge-Erziehung 3 gut, 3 gebessert, 4 unsicher und 9 kein Erfolg; Heilerziehung 2 kein Erfolg.

Um die angewendeten Erziehungsmaßnahmen im Erfolg und Mißerfolg richtig zu beurteilen, muß man genaue Einsicht in ihre

Digitized by Google

Ursachen haben. In den beiden letztgenannten Fällen von Heilerziehung handelt es sich um einen hochgradig Imbezillen mit Hebephrenie-Verdacht und einen auf Grund eines postencephalitischen Zustandes schwer Verwahrlosten. Beide haben in ihrem Erfolg die durchaus zweifelhafte Prognose bestätigt. Wichtig sind im Rahmen dieser Untersuchung die prognostisch als erziehbar beurteilten Fälle, die trotz energischer Maßnahmen keinen Erfolg hatten. Hier ist die Frage *Rehms* aufzuwerfen, ob und inwieweit die pathologische Anlage einen endgültigen Erfolg verhindert.

An den folgenden 8 Fällen, auf die näher eingegangen werden soll, die bisher keinen Erfolg hatten und bei denen man auch keinen ausreichenden Erfolg mehr erwarten kann, scheint die Frage teilweise in diesem Sinne beantwortet. Inwieweit aber die pathologische Anlage den endgültigen Erfolg verhindert, kann man in beschränktem Maße erkennen aus der Darlegung der Gründe bei dem Resultate unsicher.

Als Begründung der Mißerfolge bei einer Gruppe von 7 Fürsorgezöglingen sind im einzelnen anzuführen bei 3 Zöglingen die besonders hochgradige Belastung. (1. Vater Paralyse und Mutter Epilepsie, 2. uneheliches Kind an Nervosität leidender Eltern, Großmutter geisteskrank, Urgroßmutter geisteskrank und Suizid, Halbbruder nervenschwach, 3. Vaters Geschwister vorbestraft, Mutter Trinkerin, Großvater Trinker und Krämpfe, eine Schwester Krämpfe.) Der Zustand von zwei weiteren Zöglingen ist nach $1\frac{1}{2}$- bzw. $2\frac{1}{4}$jährigem Aufenthalt im Erziehungsheim als noch verschlimmert anzusehen, ihre kongenitale Imbezillität hindert jeden Erfolg. Die zwei übrigen Zöglinge ohne Erfolg stellen den Typ des ausgesprochen unsteten bzw. den des hochgradig antisozialen Psychopathen dar (letztere mit Intelligenzdefekt nach Gregor die »angeborenen Verbrecher«). Bei beiden ist die Prognose ungünstig gestellt, immerhin Fürsorgeerziehung versucht, aber Besserung auch nach längerer Zeit nicht zu erwarten. Weiter sollen die Fälle hervorgehoben werden, deren Erfolge nicht der gestellten Prognose entsprechen. Die Nachuntersuchung weist darauf hin, daß für ihren Zustand energischere Maßnahmen, als sie die Schutzaufsicht darstellt, hätten vorgenommen werden müssen. Der eine Jugendliche ist ziemlich schwer belastet: Vater Trinker und hat Anfälle (Epilepsie?), Mutter nervös, er selbst ist ein verschlossener, unsteter Psychopath, zur Zeit der ersten Untersuchung bereits 18 Jahre alt; Fürsorgeerziehung scheint bei vorliegenden Tatsachen nötig. Der zweite Jugendliche ist durch Vater, Schwester und Mutter des Vaters mit Trunksucht belastet, selbst imbezill und scheinbar homosexuell veranlagt, jedenfalls zu Homosexualität verführt. Die Schutzaufsicht ist — rückblickend gesagt — auch hier zu wenig wirkungsvoll gewesen. Milieuwechsel

Digitized by Google

oder Fürsorgeerziehung hätte in Frage kommen müssen. Von den Jugendlichen, bei denen keine Fürsorgemaßnahmen angewendet wurden, versprachen vier Knaben einen besseren Erfolg als bisher tatsächlich erreicht ist. Es liegt natürlich der Gedanke nahe, daß der fehlende Eingriff in das weitere Schicksal die Schuld am ausgebliebenen Erfolg trägt. Bei einigen mit dem Resultat »unsicher« bezeichneten Fällen ist der Zeitpunkt der Nachuntersuchung relativ zu früh, um etwas über das Verhältnis von Prognose zu Erfolg zu sagen. Es handelt sich um torpide, d. h. also schwer beeinflußbare, affektträge Jugendliche oder um ausgesprochen triebhafte Psychopathen und sehr willensschwache, haltlose Schwachsinnige und Psychopathen, die auf Grund dieser Veranlagung längere Zeit brauchen, bis man sagen kann, ob sie ihr Ziel erreichen oder endgültig versagen werden.

Die Gründe für die Erfolge, zu denen die Fälle mit gutem und gebessertem Resultat rechnen, scheinen zunächst nahezuliegen. Man wird die Ursache des Erfolges leicht nur in der Tatsache der Erziehungsmaßnahme suchen wollen. Daß das unrichtig ist, beweisen neun Jugendliche, bei denen aus schon angeführten Gründen kein Eingriff erfolgte und die doch in relativ kurzer Zeit guten Erfolg verzeichnen ließen. Der Grund der teilweise wider Erwarten günstigen Entwicklung ist in fünf Fällen, abgesehen von der hier nicht vorhandenen erblichen Belastung, im Ablauf der Pubertätszeit und damit dem Geringerwerden der psychischen Schwankungen und Störungen zu suchen, die in manchen Fällen durch exogene Schäden verstärkt wurden. Bei einem andern Teil ist der gute Ausgang durch den Wegfall der relativ zu hohen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit bedingt. Damit verschwinden die Insuffizienzgefühle, aus denen heraus der Jugendliche zum Lügen, Bummeln, Ausreißen angetrieben wurde. Beispiele dafür geben besonders Debile, die vom Zwang des Schul- und Fortbildungsschulbesuches befreit sind.

Bei verhältnismäßig starker Verwahrlosung trat in einigen Fällen bei Fürsorgeerziehung guter Erfolg ein, was prognostisch wegen doch mäßig starker Belastung nicht erwartet war. Es handelt sich um zwei normal intelligente Psychopathen, bei denen die Erziehungsmaßnahmen frühzeitig einsetzten, als sie noch — trotz erheblicher Verwahrlosung — in hohem Grade bildungsfähig waren. Es bleibt allerdings die Frage offen, ob der günstige Verlauf nicht ebenso auf die zeitig, noch in der ersten Schulzeit auftretende Form der Psychopathie, wie auf die frühzeitig einsetzenden Erziehungsmaßnahmen zurückzuführen ist.

Über die Ergebnisse der Nachuntersuchung bei den psychisch Intakten, die kriminell geworden sind, ist folgendes zu sagen: Von eigentlichen Erziehungserfolgen im vorher besproche-

Digitized by Google

chenen Sinne wird man hier nicht sprechen, da keinerlei besondere Maßnahmen angewendet wurden. Es handelt sich hier mehr um eine durch die Bestrafung mit Bewährungsfrist bewirkte Selbsterziehung. Zum Verständnis des »guten« Resultates, das hier eigentlich der Ausdruck eines durch ein Vergehen unterbrochenen Dauerzustandes ist, müssen beim psychisch Intakten nur die Gründe aufgedeckt werden, die zum Delikt führten. In geringerer Intensität als bei den pathologischen Jugendtypen ist Milieu und Verführung beteiligt. In drei Fällen spielen diese exogenen Momente eine Rolle. In vier Fällen von Sittlichkeitsdelikten Jugendlicher im Alter von 13, 14, 15 und 16 Jahren handelt es sich um ans Normale grenzende Erscheinungen des Pubertätsalters. Dementsprechend werden auch diese Vergehen zu bewerten sein. Verfehlungen homo- und heterosexueller Art stehen in diesem Alter der sexuellen Unklarheit auch bei normalen Jugendlichen, wenn auch in geringerem Ausmaß, nicht vereinzelt da. So ist es auch verständlich, daß psychisch intakte Jugendliche meistens auf dem sexuellen Gebiet kriminell werden.

Bei den pathologischen Jugendgruppen kommen die verschiedensten Verwahrlosungsformen vor. An erster Stelle steht das Vagabundieren bei neun Psychopathen, es folgen nächtl. Herumtreiben fünf (Mädchen), habituelles Ausreißen vier (drei Psychop., ein Schwachs.), pathol. Lügenhaftigkeit zwei, sexuelle Verwahrlosung vier, verlogen, eigensinnig, verstockt drei, arbeitsscheu zwei, Homosexualität drei, in jeder Hinsicht asozial ein (Psychopath). Von den 60 Untersuchten wurden 50% kriminell; von den 34 Psychopathen 52%; von den Schwachsinnigen 42%. Rückfällig wurden von den psychisch Intakten null, von den Psychopathen fünf, von Schwachsinnigen zwei (etwa je ein Drittel der Kriminellen). Die Psychopathen stehen demnach den Schwachsinnigen als häufiger kriminell geworden gegenüber. Diese Feststellung steht im Gegensatz zu *Gregors* Befunden, bei dessen Fürsorgezöglingen das Verhältnis umgekehrt ist. Dieser Unterschied findet darin seine Erklärung, daß *Gregor* relativ nur schwere Fälle der Schwachsinnigen hat, hier aber leichte und schwere Fälle beobachtet sind. Die Schwachsinnigen scheinen also erst bei höheren Graden der Verwahrlosung als die Psychopathen im negativen Sinne aktiv zu werden. Die Rückfälligkeit ist bei den Psychopathen und Schwachsinnigen dieses Materials ungefähr gleich häufig. Unter den verschiedenen Arten der Delikte war der Diebstahl am häufigsten vertreten: 21mal, in 15 Fällen unter den Psychopathen. Sittlichkeitsdelikte stehen an zweiter Stelle (9mal) woran die psychisch Intakten am häufigsten beteiligt sind, es folgen die Schwachsinnigen, zuletzt die Psychopathen. Unterschlagung und Betrug in zwei Fällen. Es entspricht dem Typ der

Digitized by Google

Psychopathen in ihrem Hang zum Bummeln und Vagabundieren, woran sich erklärlicherweise Diebstahl oft anschließt, daß das Eigentumsdelikt in der weit größeren Zahl bei ihnen anzutreffen ist. Auffällig ist, daß das Sittlichkeitsvergehen bei den psychisch Intakten in 50% der Fälle vorkommt. Der Zusammenhang des Sittlichkeitsdelikts mit der Pubertätszeit, als Zeit der großen Umwälzungen auf sexuellem Gebiet, wurde schon erwähnt. Bei den Schwachsinnigen scheint das sexuelle Erwachen nicht immer mit der Pubertätszeit gleichzeitig einzutreten, sondern oft später. Die angegebenen Sittlichkeitsdelikte sind in vier Fällen homo-, in fünf Fällen heterosexueller Art. Hinzuzurechnen sind noch zwei Fälle von erheblicher homosexueller Verwahrlosung durch Verführung von Erwachsenen. Es kamen die homosexuellen Delikte durchschnittlich bei jüngeren Individuen vor als die heterosexuellen; Abweichungen von diesem Befund lassen sich durch das verschiedene Entwicklungstempo der einzelnen Jugendlichen erklären. Ein an Jahren älterer kann auf einer früheren Entwicklungsstufe stehen als ein jüngerer Jugendlicher und würde doch in die oben genannte Gruppe der jüngeren zu rechnen sein, bei denen mehr homosexuelle Delikte vorkommen. Diese Feststellung kann darauf hinweisen, daß ein Vergehen homosexueller Art seiner Entwicklung näher liegt, also mindestens nicht schwerer zu bewerten als ein heterosexuelles Delikt.

Man hat also prognostisch bei einem Jugendlichen mit homosexuellem Vergehen im entsprechenden Alter nicht ohne weiteres zu befürchten, daß er homosexuell veranlagt wäre, und die Aussichten für später ungünstig lägen. *Spranger* sagt auch von dieser Entwicklungszeit, die erwachende Sexualität sei noch nicht gerichtet, könne also normalerweise nach beiden Seiten entgleisen.

Es kommt also für die Prognose darauf an, festzustellen, ob das homosexuelle Vergehen in einer sexuellen Hyperästhesie der betreffenden Entwicklungszeit oder in einer abnormen Anlage des Jugendlichen begründet ist, oder ob es nur einen einmaligen Akt darstellt, der für die Entwicklung belanglos bleibt.

Am Schlusse der Darlegungen soll gesagt werden, daß der Wert der Nachuntersuchung eine gewisse Einschränkung erfahren muß. Die Zeit von zwei bis drei Jahren ist zu kurz, als daß man sagen kann, der endgültige Erfolg ist gesichert oder der bisherige Mißerfolg ist einem endgültigen Versagen des Individuums gleichzusetzen. Demgegenüber ist hervorzuheben, daß hier von endgültigen Ergebnissen nicht gesprochen wird. Immerhin ist im Laufe der Auseinandersetzungen mehrfach deutlich geworden, daß auch die Nachuntersuchung nach 2 Jahren schon Wert hat für den weiteren Ausbau von Erziehungsplänen und für die weitere Prognosestellung, die jetzt schon mit größerer Sicherheit als bei

Digitized by Google

der ersten Untersuchung die für das Leben des betreffenden Jugendlichen ausschlaggebende Richtlinien treffen kann. Die Beurteilung eines Jugendlichen erfordert längere Beobachtungsjahre, eine einmalige Nachuntersuchung und die Aussagen nicht weit genug blickender Eltern oder sonstiger Erziehungspersonen sind nicht immer ausreichend. Die hier vorgenommene Nachuntersuchung soll aber auch eine weitere Beobachtung nicht ersetzen, falls sie nötig ist. In den Fällen, die noch seit der ersten Untersuchung in Fürsorgeerziehung waren, konnte hier das Urteil der Erzieher oder Anstaltsärzte verwertet werden. Die mittleren und leichteren Fälle der Verwahrlosung gaben keine Veranlassung, eine längere Beobachtung durchzuführen. Durch die hier vorgenommenen Nachuntersuchungen konnte aber auch einmal das Material von Jugendlichen erfaßt werden, das nur unter den hier gegebenen Umständen zur Beobachtung gelangt. Durch diesen Weg der Nachuntersuchung nach kurzer Zeit kann durch rechtzeitiges Eingreifen und Vorbeugen die Entwicklung der leichten zu schweren Fällen verhindert werden. Eine weitere Erkenntnis ist die, daß gerade die Beurteilung leichter und an der Grenze des Normalen stehender Fälle Hinweise und Richtlinien für die Beurteilung und Behandlung schwer pathologisch veranlagter Individuen gibt. Die pathologischen Zustände lassen sich im Werden oft leichter verstehen als im Bild der fertigen Entartung.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 24. und 25. Oktober 1931 in Kiel.

Anwesensheitsliste: *Albrecht*-Kiel, *Aßmus*-Kiel, *Badt*, *Behnsen*-Rickling, *Benning*-Rockwinkel, *Braitmaier*-Kiel, *Brunn*-Kiel, *Bückmann*-Neustadt (Holst.), *Demme*-Hamburg, *Edelberg*-Kiel, *Gaupp*-Hamburg-Barmbeck, *Glettenberg*-Hannover, *Grubel*-Lübeck, *Hansen*-Kiel, *Hell*-Kiel, *Hetzer*-Neustadt (Holst.), *Heygster*-Kiel, *Kirschbaum*-Hamburg, *Környey*-Hamburg, *Kolle*-Kiel, *Krisch*-Greifswald, *Kroemer*-Schleswig, *Kruse*-Woltorf, *Kugelmann*-Kiel, *Leppien*-Kiel, *Lienau*-Hamburg, *Lottig*-Hamburg, *Melchert*-Rostock, *Meumann*-Hamburg-Friedrichsberg, *Möller*-Kiel, *Möller*-Kiel, *Mosbacher*-Hamburg, *Nonne*-Hamburg, *Pedersen*-Kiel, *Peters*-Kiel, *Pette*-Hamburg, *Rehm*-Bremen, *Repkewitz*-Schleswig, *Reid*-Schwerin, *Röper*-Hamburg, *Rücker-Embden*-Schleswig-Hesterberg, *Rutkowski*-Stettin, *Saupe*-Langenhorn, *Schäfer*-Langenhorn, *Schellong*-Kiel, *Schirren*-Kiel, *Schlüter*-Kiel, *Schulte-Ostrop*-Kiel, *Schwellnus*-Altona, *Skalweit*-Rostock-Gehlsheim, *Stertz*-Kiel, *Struck*-Schleswig, *Struve*-Neustadt (Holst.), *Tornquist*-Neustadt (Holst.), *Waller*-Kiel, *Walter*-Bremen-Ellen, *Walther*-Neustadt (Holst.), *Warnecke*-Kiel, *Weiß*-Kiel, *Wese*-Kiel, *Willige*-Ilten.

Nach einer kurzen Begrüßungsansprache durch den ständigen Schriftführer werden gewählt *Stertz*-Kiel zum Vorsitzenden, *Kolle*-Kiel zum Schriftführer.

Vorträge: *Walter*-Bremen: Untersuchungen über die »Blut-Hirn-Schranke«.

Die Annahme *L. Sterns*, daß der gesamte Stoffwechsel des Zentralnervensystems über den Liquor geht, ist unhaltbar. Das Blut ist für das Zentralnervensystem ebenso Ernährungsflüssigkeit wie für andere Organe. Dieser Stoffaustausch kann nur an den Hirnkapillaren vor sich gehen! Da nun nachweislich eine Anzahl von Stoffen nicht in das Zentralnervensystem übergeht (z. B. Trypanblau), obwohl sie von den übrigen Körperorganen aufgenommen werden, muß ein Mechanismus auch zwischen Blut und Gehirn vorhanden sein, der den Zutritt regelt. Diesen Mechanismus habe ich als »Blut-Hirn-Schranke« bezeichnet. Welcher Art ist sie?

A priori lassen sich drei Möglichkeiten denken: 1. Es besteht wirklich eine Membran mit selektiv filtrierenden Eigenschaften. 2. Es handelt sich um ein Adsorptionsphänomen, d. h. der Chemismus der Nerven- und Glia-Zellen ist derartig beschaffen, daß nur bestimmte Stoffe adsorbiert werden können. 3. Beide Mechanismen wirken zusammen.

Mendel hat sich kürzlich für die Adsorptions-Theorie ausgesprochen. Er fand, daß Mäuse, denen er nach Kauterisation des Gehirns Trypanblau

Digitized by Google

intraperitoneal injizierte, eine Färbung der Nerven- und Glia-Zellen in der Umgebung der Verletzung zeigten, die unabhängig von der Lage zur Läsionsstelle, aber parallel ihrem Schädigungszustand war.

Gegen die Beweiskraft dieser Experimente läßt sich einwenden, daß auch die morphologisch veränderten Zellen nur gefärbt waren, weil eben die mutmaßliche Schranke verletzt war! Um diesem Einwand zu begegnen, der immer erhoben werden kann, sobald das Zentralnervensystem durch einen chirurgischen Eingriff direkt lädiert ist oder ein toxisch wirkendes Mittel die Kapillarwand berührt, habe ich *Nißls* »akute Zellveränderung« als Testobjekt benutzt. Bei Kaninchen wurde der N. Ischiadicus am Tuber ischii durchschnitten und dann den Tieren täglich 5—10 ccm einer 1%igen Trypanblaulösung intravenös injiziert. Auf diese Weise est es möglich, den Chemismus der entsprechenden Vorderhornzellen wesentlich zu verändern, ohne die Gewebe zu tangieren, die als Schranke in Frage kommen.

Das Ergebnis war bisher eindeutig negativ! D. h. auch die morphologisch und chemisch veränderten Vorderhornzellen hatten weder diffus noch granulär Farbstoff aufgenommen. Eindeutig wäre dieser Versuch wohl nur bei positivem Ausfall gewesen. Aber man wird mindestens sagen müssen, daß das Ergebnis mehr für eine Schranke in Form einer Membran und gegen ein reines Absorptionsphänomen spricht.

Aussprache: *Behnsen*-Rickling: Wenn bei Trypanblau-Versuchen vom Blut her im zentralnervösen Gewebe kein Farbstoff nachweisbar ist, so ist dadurch noch nicht bewiesen, daß überhaupt kein Farbstoffaustritt aus den Gefäßen stattfindet. Es besteht vielmehr die Möglichkeit, daß der Farbstoff in sehr feiner Verdünnung durch die Gefäßwände ins zentralnervöse Gewebe eintritt, dort aber durch die vitale Tätigkeit der Zellen in eine Leukoform übergeführt wird. Bei auf dem Blutwege mit Trypanblau vital gefärbten Mäusen jedenfalls konnte ich auch in der zentralnervösen Substanz und zwar sowohl in Glia- wie auch in den verschiedensten Ganglienzellarten Farbstoffspeicherungen nachweisen, wobei die ganze Art der Speicherung bewies, daß ein Übertritt aus örtlichen Gefäßen stattgefunden hatte.

Rehm-Bremen: Auf meine Anregung hat die chemische Fabrik Böhringer-Mannheim Liquor von Paralytikern, die mit Chinin hydrochloric. behandelt waren, auf den Gehalt von Chinin untersucht. Das Chinin wurde im Liquor festgestellt, etwa in einer Menge von 1 : 100 im Blutserum.

Walter-Bremen (Schlußwort): Ich habe absichtlich nicht alle Tatsachen angeführt, die beweisen, daß das Blut die Ernährungsflüssigkeit des Zentralnervensystems ist. Vielleicht darf ich deshalb noch auf die vielleicht wichtigste hinweisen, daß Blutleere des Gehirns momentan Bewußtlosigkeit hervorruft, Liquorleere dagegen nicht. Das Ungefärbtbleiben des Gehirns damit zu erklären, daß die Farbstoffe in die Leukoform übergehen, ist wohl nur für wenige möglich, da wir von vielen benützten Farbstoffen keine Leukoform kennen.

Reid-Schwerin: Mitteilung eines unter dem Bilde eines extramedullären Rückenmarkstumors ohne neurologische Symptome verlaufenden Falles von Osteochondrom (*Schmorl*sches Knorpelknötchen) der Wirbelsäule.

Digitized by Google

Auf die Bedeutung der Myelographie für die Diagnose der Rückenmarkstumoren haben kürzlich *Moser* aus Königsberg und *Löwenstein*-Essen erneut hingewiesen. Bei dem Fall, über den ich berichten will, bestand bei dem Patienten nur geringer klinischer Befund, bei dem allein die Myelographie mit partiellem Stop den Verdacht auf komprimierenden Tumor rechtfertigte und zur erfolgreichen Operation führte.

Es handelt sich um einen 34jährigen sonst völlig gesunden verheirateten Mann, Bankbeamten, welcher seit $2^1/_2$ Jahren wegen Ischias mit Schwitzbädern, Massage, Diathermie, Vakzineurineinspritzungen, Fußeinlagen und Heilverfahren in Wiesbaden erfolglos behandelt wurde. Der Patient klagte bei der ersten Untersuchung am 28. 2. 1931 über zunehmende Schmerzen beim Gehen, er müsse jetzt alle 100 Meter stehenbleiben, »als wenn die Beine gelähmt sind und wegsacken wollen«. Angeblich hätten die Schmerzen an einem Tag begonnen; über Trauma der Wirbelsäule sei nichts bekannt. Er könne nur weich sitzen, sich aus dem Liegen nicht aufrichten, ohne sich dazu erst auf die Seite zu legen. Die Schmerzen seien besonders ausgesprochen beim Vornüberbücken, er verspüre zeitweise Schmerzen im Knie, in der Hüfte rechts und habe lahmes Gefühl im rechten Bein. Wasserlassen, Stuhlgang o. B. Auf Befragen gab Patient weiter an, daß er beim Husten und Niesen sich wie eine Ziege breitbeinig hinstelle, um die Erschütterung abzufangen, da er dabei Ziehen und Schmerzen im Kreuz verspüre, er habe das Gefühl, es sitze etwas im Rücken. Da die neurologische Untersuchung außer einer geringen motorischen Schwäche im rechten Bein, einer lokalen Druckempfindlichkeit der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule ohne Stauchungsschmerz, nur eine geringe Hyperästhesie im Bereich von L_1—L_2 ohne Reflex-, Blasen- und Mastdarmstörungen ergab, so wurde eine Myelographie vorgenommen, die nach 10 Minuten einen Jodstop in der Höhe des 2. Lendenwirbels ergab, der nach einer halben Stunde unverändert stehenblieb und nach 12 Stunden mit einer Aussparung in einer Höhe des dritten Lendenwirbels erneut Jodipinansammlung in der Höhe des 3.—4. Lendenwirbels aufwies. Da der Patient sich zur dringend vorgeschlagenen Operation nicht entschließen konnte, wurde er zur Konsultation Herrn Prof. *Nonne* überwiesen, welcher ebenfalls über den geringen neurologischen Befund überrascht war, diesen bestätigte und bei negativem Lumbalpunktionsbefund ebenfalls zur Laminektomie riet.

Die Operation durch den Chirurgen Herrn Dr. *Pohrt* in Schwerin am 1. Mai ergab bei Eröffnung des Rückenmarkkanals in Lokalanästhesie nach Fortnahme der Dornfortsätze L_1—L_3 eine leichte mehr fühl- als sichtbare Vorwölbung der Dura in der Höhe des 2. Lendenwirbels. Da die Eröffnung der Dura negativen Befund von seiten der Kauda bot, wurde die Dura mit der Kauda zur Seite genommen, und nun fand sich an der Vorderseite des Wirbelkanals eine haselnußgroße Verdickung, die sich leicht entfernen ließ. Die histologische Untersuchung der Geschwulst in der Nervenklinik von Prof. *Nonne* und dem pathologischen Institut der Universität Rostock, Prof. *Fischer*, ergab ein Osteochondrom, nekrotisches geschwulstartig gewuchertes Knorpelgewebe sowie an einzelnen Stellen neugebildeten, ungeordneten verkalkten Knochen neben normalem Knochen- und Knorpelgewebe, keine Anhaltspunkte für Malignität. — Der Patient stand 8 Tage nach der Operation auf, erholte sich außer-

Digitized by Google

ordentlich rasch und ist bis heute bei stundenlangen Spaziergängen beschwerdefrei geblieben. Organisch-neurologisch besteht z. Z. völlig negativer Befund.

Der histologische Befund ähnelt dem von *Pechy* mitgeteilten Zufallsbefund einer gutartigen von der Bandscheibe des 6.—7. Brustwirbels ausgehenden Ekchondrose bei der Sektion eines 49jährigen Tabikers, die *Pechy* in Analogie zu den von *Schmorl* beschriebenen Bandscheibenvorsprüngen setzt und einer differentialdiagnostischen Betrachtung unterzieht.

Einen klinisch beobachteten ähnlich gelegenen Fall hat *Kortzeborn* im vorigen Jahre in der Münchener Medizinischen Wochenschrift bei negativem Operationsbefund und erst durch die Sektion erfolgter Aufklärung beschrieben. Es bestanden Schmerzen in beiden Armen, motorische und sensible Parese beider Beine, partieller Stop in der Höhe des 2.—5. Halswirbels. *Kortzeborn* betrachtet das von ihm beobachtete Knorpelknötchen als herniöse Vorstülpung durch die Knorpelschlußplatte, ausgehend von der Bandscheibe des 6.—7. Halswirbels, und erklärt den Unterschied zwischen dem geringen Befund und den klinischen Erscheinungen durch die Differenz in der Wirbelsäulenstatik bei der im Sitzen vorgenommenen Myelographie und der im Liegen vorgenommenen Operation.

Zu einer ähnlichen Deutung seiner Befunde kommt *Dandy* in der Besprechung zweier Fälle, bei denen die Operation Knorpelknötchen in der Lendenregion an der hinteren Seite der Wirbelkörper aufdeckte. *Dandy* setzt seine Befunde in Beziehung zu ähnlichen Vorgängen wie bei der Osteochondritis dissecans oder den traumatischen Gelenkmäusen im Ellbogen- und Kniegelenk. Beide Fälle begannen mit einseitiger, dann doppelseitiger Ischias und zunehmendem typischem Kompressionssyndrom der Kauda.

Während der Fall von *Kortzeborn* erst durch die Sektion aufgedeckt wurde, wurden beide Fälle *Dandy*s durch die operative Entfernung der Knorpelknötchen ebenfalls geheilt.

Aussprache: *Nonne*-Hamburg bespricht einen Fall von flachem Chondrom an der Hinterseite der Lendenwirbel I und II, der bei einer Dame das Bild einer schweren Erkrankung des Lenden- und Sakralmarks erzeugt hatte; in diesem Fall war operativ nichts gefunden worden, und erst ein Einschnitt in eine flache Vorwölbung der Dura stellte den Tumor fest, der bei der Autopsia in vivo und post mortem keine Kompression zeigte.

Pette-Hamburg: Die histologische Struktur dieser Tumoren läßt darauf schließen, daß es sich um anatomisch sehr benigne Fälle handelt. Damit stimmt auch der klinische Verlauf überein. Dem Auftreten der ersten neurologischen, d. h. objektiv faßbaren Symptome geht ein gelegentlich jahrelang dauerndes Prodromalstadium vorauf. Die Patienten klagen über tage- oder wochenlang anhaltende Kreuz-Rückenschmerzen, die in einem Fall wiederholt mit Störungen der Urinentleerung (i. S. der Retentio) einhergingen. In der Zwischenzeit können die Patienten völlig beschwerdefrei sein. In den 4 von *P.* gesehenen Fällen lag der Tumor jedesmal im Bereich der Lendenwirbelsäule.

Walter-Bremen: In einem von mir beobachteten Fall gab weder das einfache noch das Jodipin-Röntgenbild einen Befund.

Digitized by Google

Reid-Schwerin (Schlußwort): Auf die Anfrage von Prof. *Stertz* wird berichtet, daß die Fälle von *Dandy* sowie der von mir mitgeteilte Fall vor sowie nach der Operation keinen auffälligen Befund im Röntgenbild geboten haben. — Die Anfrage von Herrn Prof. *Pette* nach näheren Angaben über den von *Pechy* mitgeteilten Fall wird dahin beantwortet, daß es sich um einen Luetiker mit seit 14 Jahren bestehender Tabes, syphilitischem Defekt der Nasenscheidewand, Mesaortitis luetica mit spinalförmigem Aneuroysma und grauer Degeneration der Hinterstränge sowie mikroskopisch bestehender Osteomalazie, Skoliose der Wirbelsäule, Schnabelbecken und zahlreichen anatomisch geheilten Rippenbrüchen sowie Bruch des Oberarms handelte.

Rehm-Bremen: Frühkindliche Hirnerkrankung und Schizophrenie.

Aus einer großen Zahl selbstuntersuchter Schizophrener wird eine Anzahl von Fällen angeführt, welche sich durch frühkindliche Hirnerkrankung auszeichnen. In dem Material überwiegen die Frauen, vielleicht aus äußeren Gründen, erheblich. Es handelt sich fast durchweg um schwere katatone Erkrankungen, welche durch Verwirrtheitszustände eingeleitet werden. Diese Verwirrtheitszustände erstrecken sich in einzelnen Fällen über Jahre hinweg. Der Ausgang der akuten schizophrenen Erkrankung ist ein sehr ungünstiger im Sinne der Gemütsverblödung und der gedanklichen Zerfahrenheit. In vereinzelten Fällen »rezidivieren« Schwindelanfälle und Krampfanfälle epileptischer Art. — Die Schizophrenie hat im Alter von 20—35 Jahren begonnen; einige spätere Fälle verliefen günstiger, mehr im Sinne einer Paraphrenie. Konstitutionell waren die Fälle sehr uneinheitlich, immerhin überwogen nicht die asthenischen, sondern eher die athletischen. Was die Erbmasse betrifft, so ist die Schizophrenie im Vordergrund, außerdem finden sich Epilepsie und Schwachsinn häufig. — Die frühkindliche Hirnerkrankung besteht in der Regel in epileptischen Krämpfen, aber auch in zerebraler Kinderlähmung usw. — Es handelt sich um einen Versuch, ätiologisch eine Gruppe aus dem Haufen der Schizophrenie herauszuholen; ähnlich wie bei anderen Erkrankungen (Hirnlues, Paralyse, Epilepsie) handelt es sich um einen schizophrenen Symptomenkomplex, der hier vorzugsweise einer frühkindlichen Enzephalitis seine Entstehung verdankt.

Aussprache: *Kirschbaum*-Hamburg: Meine eigenen Beobachtungen an einem großen Material Schizophrenie-Kranker haben mich zu der Ansicht geführt, daß relativ selten, anscheinend nicht häufiger als allgemein verbreitet, organische Erkrankungen am Zentralnervensystem einer späteren echten schizophrenen Psychose vorausgegangen sind. Trotzdem erscheinen mir die Gedankengänge *Rehms* fruchtbar, als es gelingen kann, bei Kranken mit organisch-nervösen Vorerkrankungen besondere Verlaufsweisen des schizophrenen Prozesses herauszuschälen. Jeder Versuch der Unterteilung der überdehnten Krankheitsgruppe Schizophrenie ist begrüßenswert. Für die Kerngruppe der Schizophrenien, die zweifellos eine endogene Prozeßpsychose ist, ist an meinem Material weder ein pathogenetischer noch prädisponierender Faktor in den ganz selten voraufgegangenen zentralnervös-organischen Erkrankungen einigermaßen sicher bestimmbar gewesen. Das gilt auch für schwere Schädeltraumen mit Gehirnverletzungen,

Digitized by Google

die eigentlich nie eine Ersterkrankung bzw. einen neuen Schub von Schizophrenie verursachen. Vielmehr scheinen zwei differente Krankheitsprozesse gewöhnlich weitgehend unabhängig voneinander nebeneinander herzulaufen, wobei freilich Verflechtungen vorkommen können, die aber nichts für einen echten Zusammenhang besagen. Für die Gruppe der symptomatischen Schizophrenien nach organischen Gehirnkrankheiten bestehen fraglos direkte Beziehungen beider Störungen zueinander. *Rehm* aber ging von einem Material echter endogener Psychosen der Gruppe der Dementia praecox aus.

Skalweit-Rostock: Nicht jedes neurologische Symptom bei einem Schizophrenen, das sich anderweitig neurologisch nicht erklären läßt, darf für eine etwaige exogene Genese bestimmter Schizophreniearten verwertet werden. Beispiel eines Schizophrenen mit isolierter absoluter Pupillenstarre links. Kein Anhalt für Lues oder anderweitige organ. zerebrale Erkrankung. Ein Bruder des Pat. leidet aber bereits seit ca. 10 Jahren an genau derselben schizophrenen Psychose, so daß hier der Schwerpunkt ätiologisch sicher wohl in hereditären und kaum in exogenen Momenten zu erblicken sein wird.

Lienau-Hamburg: Wir sehen viele Fälle von schizophrenieformen Erkrankungen, welche im Anschluß an körperliche Erkrankungen auftraten und gelegentlich organische vorübergehende (katarrhalische?) Nervenstörungen zeigten, aber keine der vier bekannten Formen der Schizophrenien annahmen. »Schizophrenie« ist ein Symptom, noch keine Diagnose, solange nicht mit Sicherheit eine bestimmte Form der Schizophrenie festzustellen ist: echte Schizophrenien kommen nicht zur Heilung, können nur zum Stillstand, richtiger Endzustand kommen.

Stertz-Kiel: Das Problem ist nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit zu lösen, wenn es statistisch angegriffen wird, sowohl hinsichtlich der Häufigkeit der Koinzidenz wie hinsichtlich der schizophrenen Belastung.

Rehm-Bremen (Schlußwort): Es handelt sich bei meinen Fällen nicht um Reaktionen schizophrener Art bzw. um symptomatische Psychosen schizophrener Färbung, sondern um einen schizophrenen Symptomenkomplex, welcher auf dem Boden einer frühkindlichen Hirnerkrankung bei schizophrener Erbmasse bzw. Veranlagung erwächst. Die Erkrankung wird in Parallele gestellt mit dem Lues-Paralyse-Problem, wo nach langjähriger Inkubationszeit eine prozeßhafte Hirnerkrankung besonderer Art entsteht. Daß es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von frühkindlicher Hirnerkrankung und schizophrener Psychose handelt, ist bei der immerhin nicht geringen Zahl der Fälle nicht anzunehmen.

Mosbacher-Hamburg: Über Phanodormdelirien.

Vortr. berichtet über 3 Fälle von akuter Psychose durch Phanodormmißbrauch, von denen 2 unter dem Bild eines typischen Delirs, der 3. als Halluzinose verlief. Die Delirien, die als Abstinenzdelirien aufgefaßt werden, brechen am 3. bzw. 4. Tage nach der Aufnahme aus, nachdem bei 2 Kranken epileptiforme Anfälle vorausgegangen sind. Die Dauer der akuten Psychose beträgt $1^1/_2$ bis 4 Tage. Die Gebrauchszeit des Mittels bewegt sich zwischen $^1/_2$ und 2 Jahren, es wurden bis zu 15 Tbl. Phanodorm p. d. genommen. Wesentlich ist eine vorausgegangene 2. Schädigung (für die vorliegenden Fälle Adalin, Hoffmannstropfen, Alkohol, die wegen

Digitized by Google

des weiteren Zurückliegens nicht als unmittelbare Auslösungsursache in Betracht kommen) als prädisponierender Faktor. Kreislauf- und Stoffwechselstörungen wurden im Gegensatz zum Alkohol verneint. (Der Vortr. erscheint ausführlich in Psych.-neurol. Wochenschrift.)

Lottig-Hamburg: Beitrag zur Frage des posttraumatischen Hydrozephalus.

Die Literatur über den traumatischen Hydrozephalus ist ziemlich spärlich und wird den verschiedenen Formen dieses Krankheitsbildes nicht gerecht. Hierin haben auch die Kriegserfahrungen und die Einführung der Enzephalographie nicht viel geändert. Die meisten Autoren haben sich mit dem Krankheitsbilde des akuten traumatischen Hydrozephalus oder der Meningitis serosa traumatica und der Meningitis circumscripta adhaesiva befaßt. Es wird daher an Hand eines Falles eine andere praktisch wichtige Form des posttraumatischen Hydrozephalus erörtert, nämlich der chronische Hydrocephalus internus als Spätfolge eines Schädeltraumas. Es handelt sich um einen Kranken, der eine Verschüttung mit langer Bewußtlosigkeit erlitt, danach epileptische Anfälle bekam, infolge dieser Anfälle zweimal schwere Gehirnerschütterungen und Basisfrakturen mit Blutungen erlitt und bei dem sich unter langsamer Zunahme von Gangunsicherheit und Kopfschmerzen 5 Jahre nach dem letzten Trauma leichte Halbseitenerscheinungen bildeten, die allmählich zunahmen und die im Laufe von weiteren 6 Jahren zu doppelseitigen Pyramidenbahnsymptomen, vergesellschaftet mit zerebellaren Symptomen, führten. Der Kranke bot jetzt ein Symptomenbild, das stark an multiple Sklerose erinnerte. Vorübergehend hatte er Sehstörungen gehabt. Es fand sich jetzt eine Atrophie nach Stauungspapille. Differentialdiagnostisch wurde an Hydrocephalus internus gedacht. Die Enzephalographie bestätigte diese Diagnose. Irgendwelche Zeichen eines angeborenen Hydrozephalus hatte der Kranke nicht geboten. Vermutungsweise dürfte es sich um einen Hydrocephalus aresorptivus infolge Schädigung der Arachnoidealzotten handeln. Dieses Krankheitsbild ist in der Literatur bisher nur selten andeutungsweise beschrieben worden. Es dürfte häufiger sein als bisher angenommen wurde und es ist unfallmedizinisch von gewisser Wichtigkeit.

Aussprache: *Repkewitz*-Schleswig fragt, ob durch die Enzephalographie eine Besserung der Krampfanfälle bewirkt wurde, da man ja neuerdings der Enzephalographie einen günstigen Einfluß auf manche Epilepsien zuschreibt. Ferner, ob unter den Fällen des Referenten auch okklusive Hydrozephali waren.

Walter-Bremen: Das Hauptproblem des Hydrozephalus ist die Genese. Mir scheint bisher der Beweis eines hypersekretorischen Hydrozephalus nicht erbracht. Bei dem Hydrocephalus aresorptivus aber non occlusivus liegt die ungelöste Frage darin: Weshalb fließt der Liquor nicht genügend ab, da der Abflußweg doch an der gesamten Innenfläche des Subarachnoidealraumes erfolgt? Auch die *Forster*sche Jodprobe gibt darüber keinen Aufschluß!

Rehm-Bremen fragt, ob es sich nicht um einen angeborenen Hydrozephalus handelt, da der Schädelumfang mit 61 cm angegeben wird.

Weiß-Kiel: Vortr. wird nach der Stelle der stattgehabten Traumen

Digitized by Google

gefragt, da, obwohl die Symptome hauptsächlich einseitig waren, keine Ventrikelwanderung aufgetreten ist. Wie verhält sich die Jodnatriumprobe? Therapeutisch ist in solchen Fällen die Fensterung der Membrana atlantooccipitales zu empfehlen.

Badt: Wenn auch bei der Untersuchung keine Druckerhöhung festgestellt wurde, so muß eine solche zum mindesten zeitweise bestanden haben; dafür sprechen die vermehrte »Wolken«bildung in den vorderen Hirnpartien des Enzephalogramms und die jetzt nachweisbare postneuritische Atrophie.

Lottig-Hamburg (Schlußwort): Das Aufhören oder Seltenerwerden von epileptischen Anfällen nach der Enzephalographie haben wir öfter, wenn auch nicht regelmäßig gesehen. — Im vorliegenden Falle fehlte bei der Untersuchung wohl eine Erhöhung des Liquordruckes, doch muß dieselbe zeitweise (Sehstörungen!) vorgelegen haben; die Druckerhöhung schien ohne stärkere akute Exarzerbation allmählich zur Erweiterung der Liquorräume geführt zu haben. — Dafür, daß es sich um einen angeborenen Hydrozephalus handele, ließen sich keine verwertbaren Angaben erhalten. — Die Füllung derartig erweiterter Ventrikel durch Einspritzung relativ geringer Füllmengen erklärt sich nach neueren Untersuchungen von *Schaltenbrand* dadurch, daß bei Entnahme größerer Liquormengen aus der Zysterne spontan Luft eingesogen wird. Ein besonderer Zusammenhang zwischen der Behinderung der Liquorresorption und dem Ort des Schädeltraumas war im vorliegenden Falle nicht festzustellen. Die Jod-Natriumprobe wurde im vorliegenden Falle, der nur zum Zwecke der Begutachtung bei uns war, nicht gemacht. Zu eingreifenden therapeutischen Maßnahmen, z. B. Fensterung der Membrana atlantooccipitales, konnten wir uns einstweilen nicht entschließen.

Demme-Hamburg-Eppendorf: Zur Kasuistik der *Landry*schen Paralyse.

Bericht über einen Pat., der im Anschluß an eine Arbeit im Eiskeller an einer Erkältung mit Angina erkrankte. Wenige Tage danach traten Parästhesien, dann Lähmungserscheinungen in den Beinen auf, die rasch auf die oberen Extremitäten und das Fazialisgebiet übergriffen. Im Liquor starke Eiweißvermehrung bei fehlender Pleozytose. Blut- und Liquorkultur steril. Unter dem Bilde der Atemlähmung starb der Pat. 4 Tage nach dem Auftreten der ersten Lähmungserscheinungen. Bei der Sektion makroskopisch kein krankhafter Befund. Histologisch fanden sich in den peripheren Nerven leichte Veränderungen der Achsenzylinder; ferner lymphozytäre Infiltrate in den peripheren Nerven, im perineuralen Fettgewebe in den Spinalganglien, besonders aber an den Rückenmarkwurzeln. Kleine fleckförmige Infiltrate waren über die Meningen im Bereiche des ganzen Rückenmarks und der Medulla oblongata verteilt. Ganglienzellveränderungen fanden sich nur vereinzelt in Gestalt der »primären Reizung«. Eine bakterielle und chemisch-toxische Ätiologie wird abgelehnt. Dagegen wird die Möglichkeit einer Einwirkung von Bakterientoxinen bzw. eines lebenden noch unbekannten Virus diskutiert.

Aussprache: *Pette*-Hamburg schließt sich der Meinung des Vortr. an, daß dieser Fall offensichtlich zu den Formen von *Landy*scher Paralyse gehört, die er dem von ihm aufgestellten Formenkreis »akut entzünd-

Digitized by Google

liche Erkrankungen vornehmlich der grauen Substanz« angliederte. Von dieser Gruppe L. P. unterscheiden sich klinisch (serologisch) und anatomisch jene Fälle von *L.* P., bei denen nicht ein Virus sondern ein Toxin (Stoffwechselprodukt oder dgl.) den Prozeß erzeugt.

Stertz-Kiel: Hinsichtlich der Ätiologie könnte auch an atypische (polyneuritische) Enzephalitis gedacht werden.

Demme-Hamburg (Schlußwort): Gegen die Annahme, daß es sich in den »*Landry*-Fällen« um besondere Fälle von Encephalitis epidemica handelt, sprechen die Art des anatomischen Prozesses, die Liquorbefunde und die Epidemiologie. — Bei der Trennung der Polyneuritis- und *Landry*-Fälle in infektiös und toxisch bedingte lassen sich die durch Bakterientoxine (z. B. Diphtherie) nicht von den durch ein (hypothetisches) Virus direkt bedingten abgrenzen.

Repkewitz-Schleswig: Die Außenfürsorge im Rahmen der Sparmaßnahmen.

Unerwartet großer Zugang zu den Anstalten, starke Verteuerung der Anstaltspflege und Baukosten bestimmten 1926 die beteiligten Behörden zur Einführung der Außenfürsorge für Geisteskranke durch die Landesheilanstalten der Provinz Schleswig-Holstein. Die Absicht, die Anstalten dadurch zu entlasten, ist nach der 5jährigen Erfahrung erreicht worden. Die Außenfürsorge betreut entlassene Kranke der Anstalt an ihrem Wohnsitz im Gegensatz zu den Familienpfleglingen, die in der Nähe der Anstalt untergebracht werden und Angehörige der Anstalt bleiben. Die Kranken in Außenfürsorge unterstehen ihrem Wohlfahrtsamt, die Anstalt übt nur eine freiwillige Betreuung mit der Außenfürsorge aus. Nicht alle entlassenen Kranken kommen in Außenfürsorge, sondern nur diejenigen Fälle, bei denen eine solche notwendig oder erwünscht ist. Bei der Durchführung derselben bedient sich der Außenfürsorgearzt der Hilfe der örtlichen Wohlfahrtsorgane. Regelmäßige Beratungsstunden in verschiedenen Städten, die zum Teil mit den betreffenden Kommunalärzten abgehalten werden, sichern ein gutes Zusammenarbeiten und sachkundige Betreuung der Kranken. Dabei werden auch Geisteskranke, die noch nicht in Anstalten waren, vorgestellt und Aufnahmegesuche von Kranken in Anstalten, soweit es sich nicht um eilige Fälle handelt, erledigt. Hierbei konnte in einer Reihe von Fällen von Anstaltsunterbringung abgesehen werden, weil die Außenfürsorge genügte. Auf diese Weise läßt sich auch eine Entlastung der Anstalten erzielen. Besonders eingeengt wird der Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit hinsichtlich der angeborenen Schwachsinnigen, deren Zustrom in die Anstalten in den letzten Jahren wesentlich stärker war als der der erwachsenen Geisteskranken. Um schwachsinnige Mädchen, bei denen die Gefahr der Schwängerung sehr erheblich ist, in der Außenwelt unter Außenfürsorge behalten zu können, machten wir wiederholt von der Sterilisation Gebrauch, deren Durchführung bisher keine Schwierigkeiten bot.

Bei Mittellosigkeit und verringerter Erwerbsfähigkeit werden die Kranken in Außenfürsorge unterstützt durch das zuständige Wohlfahrtsamt (Betrag 6.— bis 45.— M. monatlich gegenüber den Anstaltskosten von ca. 100.— M.). Sofern es sich um Frühentlassungen aus der Anstalt han-

Digitized by Google

delt, d. h. um solche Kranken, bei denen die Außenfürsorge die Anstaltspflege ersetzt, übernimmt auch das Landeswohlfahrtsamt einen Teil der Vergütung. Regelmäßige Kontrolle ist notwendig, damit diese Vergütung nicht zu lange gezahlt wird.

Zur Außenfürsorge im weiteren Sinne gehört die Unterbringung von Kranken und Geistesschwachen in Heimen, Pflegeheimen und angegliederten kleinen Privatanstalten. Auch hier findet eine regelmäßige Betreuung durch den Außenfürsorgearzt statt. Die Zahl der durch eine solche Außenfürsorge außerhalb der Landesheilanstalt Schleswig-Stadtfeld untergebrachten Kranken beträgt gegen 600 gegenüber einem Krankenbestande in der Landesheilanstalt von reichlich 1300. Auf diese Weise ist es gelungen, die Anstalt immer aufnahmefähig zu erhalten.

Nach der Berechnung eines einzigen Kreises sind in seinem Wohlfahrtsetat durch die Außenfürsorge in einem Jahr 18000.— M. erspart worden. Hierdurch sind die Kosten der Außenfürsorge schon mehr als gedeckt.

Aussprache: *Schäfer*-Langenhorn: Die Verständigung über die von *Repkewitz* behandelten Fragen wird dadurch etwas erschwert, daß die Terminologie nicht einheitlich ist. Der eine nennt das Familienpflege, was der andere als Außenfürsorge bezeichnet und umgekehrt. Im übrigen können diese Dinge nur unter Berücksichtigung der örtlichen Gesichtspunkte geregelt werden. In Hamburg geht man jetzt aus praktischen Gründen dazu über, die im Versorgungsheim untergebrachten Geisteskranken in die Irrenanstalten zurückzubringen. Dort wurden aus ihnen sowie allen sonst dazu geeigneten Kranken verbilligte Abteilungen gebildet, die als Pflegeabteilungen den aus den anderen Kranken bestehenden Heilabteilungen gegenüberstehen.

Sehr erwünscht wäre, wenn Sterilisation bzw. Kastration ausgedehnt werden könnten; dem steht aber noch die Unsicherheit der Rechtsgrundlagen im Wege.

Kolle-Kiel: Die Beurteilung der tatsächlichen Wirkungen der Kastration ist sehr schwierig. Die meisten der publizierten Fälle sind viel zu kurz beobachtet. Es sollten möglichst alle lange genug verfolgten Fälle veröffentlicht werden.

Behnsen-Rickling: Zur Frage der Anstaltsbehandlung Alkoholkranker.

Auch meine Ausführungen über die Anstaltsbehandlung Alkoholkranker befassen sich wie diejenigen von Herrn *Repkewitz* mehr mit praktischen Fragen. Durch die Sparmaßnahmen ist gerade die Fürsorge und Anstaltsbehandlung Alkoholkranker in ganz besonderem Maße betroffen, ja zum Teil in ihrem Bestande bedroht. Manche Kostenträger wie die Wohlfahrtsämter und Landesversicherungsanstalten fallen fast ganz aus, andere wie die Reichsversicherung für Angestellte, Provinzialverwaltung und Kreisfürsorgeverbände vermögen nur noch in sehr beschränktem Maße Heilverfahren zu gewähren. Zu der Knappheit der zur Verfügung stehenden Mittel kommen aber noch derartige Überlegungen, wie sie schon Herr *Repkewitz* anführte, daß man sich fragt: Ist es noch zu verantworten, für einen einzelnen, sozial und anlagemäßig nicht vollwertigen Menschen, der noch dazu an seiner Hilfsbedürftigkeit nicht schuldlos ist, monatelang

Digitized by Google

einen Tagessatz aufzubringen, von dem sonst eine ganze Familie gesunder, biologisch und sozial hochwertiger Menschen leben muß, die unverschuldet von dem überindividuellen Schicksal der Arbeitslosigkeit betroffen und hierdurch hilfsbedürftig wurden?

Bei einer derartigen Situation, wo auf eine Ära ungesunder Aufblähung des Fürsorgeapparates ein Rückschlag und eine gewisse Selbstbesinnung erfolgen, ist es notwendig, auch die Maßnahmen zur Hilfe und Heilung Alkoholkranker, insbesondere auch die Heilstätten und Anstaltsbehandlung, von Grund auf neu zu überprüfen. Hierzu gilt es, zunächst die folgenden beiden Grundfragen zu stellen:

Sind die Trinker in den Trinkerheilstätten — denn um diese handelt es sich zunächst bei unseren Beobachtungen, und sie stellen, von Ärzten und Fürsorgern überwiesen, ja bereits eine gewisse Auswahl dar — sind diese »Alkoholkranken« überhaupt als Kranke zu bewerten?

Sind sie weiter als hilfs- und behandlungsbedürftig zu erachten oder sind sie in der Lage, sich selbst zu helfen und aus eigener Kraft ihre Leidenschaft zu überwinden?

Suchen wir nun zunächst zu ergründen, welche Eigenschaften und Faktoren, vom sozialen Verhalten als Kriterium einmal abgesehen, dem Trinker spezifisch eigen sind und somit seiner Abwegigkeit zugrunde liegen, so stoßen wir immer wieder auf eine wohl im wesentlichen körperlich bedingte Eigenschaft, die allen unseren Insassen gemeinsam ist: die Alkoholintoleranz. Sie offenbart sich in der Wirkung, die die geringste Alkoholmenge bei den mit ihr behafteten hervorruft, d. h. in ihren schweren psychischen Folgeerscheinungen: nach dem ersten Schluck erwacht eine unstillbare und unwiderstehliche Sucht nach weiterem Alkoholgenuß, gegen die es im Trinker selbst keine Hemmungen gibt. Mit der Unerbittlichkeit eines Reflexes erfolgt mit dem ersten Tropfen Alkohol die Umwandlung der Persönlichkeit zum Süchtigen. Mag diese verhängnisvolle Reaktion nun angeboren oder in dieser Schwere est im Laufe des Lebens entstanden oder erworben sein, bei unseren Trinkern jedenfalls bildet sie eine feststehende Eigenschaft, von der man wohl annehmen muß, daß ihr eine bestimmte körperliche Struktur entspricht, die wiederum in einer besonderen Veranlagung begründet ist. Diese Alkoholintoleranz bedeutet für den Behafteten eine dauernde schwere Gefährdung und bildet eine fortwährend bestehende Krankheitsbereitschaft. Zu ihr als dem Anlageanteil braucht nur der Genuß von Alkohol hinzuzutreten, um die manifeste Krankheit, die Sucht, zu erzeugen. Diesem Umweltanteil aber, dem Alkohol, begegnet der Anfällige bei der allgemeinen Verbreitung und Selbstverständlichkeit des Alkoholgenusses für jedermann überall, während seines ganzen Lebens und praktisch unausweichbar, so daß er, der von seiner verhängnisvollen Anlage so gut wie nichts weiß bzw. ihre unheilvolle Bedeutung für sein ganzes Leben nicht abzuschätzen vermag, nahezu zwangsläufig seinem Schicksal verfallen muß. — Neben dieser abnormen Reaktion auf den Alkohol bestehen aber regelmäßig auch bei sonstiger verschiedener Konstellation von Charaktereigenschaften bei fast allen unseren Trinkern weitere Besonderheiten auf dem Gebiete der nervösen und psychischen Reaktionsfähigkeit, die ihrerseits die Entstehung der Sucht noch weiter begünstigen bzw. ihre Überwindung erschweren: einmal eine gegenüber der Norm erhöhte Beeinflußbarkeit (durchaus nicht immer Willensschwäche). Sie führt

Digitized by Google

dazu, daß der Anfällige sich trotz besserer Einsicht und selbst bei festem Willen zur Enthaltsamkeit immer wieder von anderen zum Trinken verleiten läßt. Weiter eine gesteigerte Empfindlichkeit und krankhaft vermehrte Erregbarkeit: sie machen ihn gegen alle die kleinen und großen Widrigkeiten des Lebens und die durch sie in ihm hervorgerufenen Affektschwankungen widerstandsunfähig und wirken dahin, daß er immer wieder in der Richtung des geringsten Widerstandes, in den Rausch und die Betäubung flüchtet. Unter diesen Umständen muß es schon von vornherein recht zweifelhaft erscheinen, ob der trunksüchtig Gewordene sich selbst zu helfen vermag. Hierzu wäre die volle Einsicht in den Ursprung seines Leidens, d. h. die klare Erkenntnis seiner Anlageschwäche und die konsequente Durchführung der Abstinenz aus eigenem Entschluß notwendig. Hierzu ist der Alkoholkranke aus eigener Kraft und Einsicht und ohne Hilfe von außen nur in den allerseltensten Fällen fähig. Kommt jedoch zu dieser Charakter- und Anlageschwäche die toxische Wirkung des Alkohols hinzu, bestehen durch sie Veränderungen der psychischen Funktionen und organische Schädigungen von Hirn und Nervensystem, ist die Persönlichkeit und noch weiter in Richtung einer Schwächung des Urteilsvermögens, einer zunehmenden inneren Verlogenheit, der Willenslähmung und gemütlichen Labilität verwandelt, so ist eine Heilung ohne Hilfe von außen schlechterdings unmöglich. Der der Trunksucht Verfallene ist deshalb ein wirklicher Kranker und wie ein solcher hilfs- und behandlungsbedürftig.

Die bisherigen Betrachtungen gingen vom Trinker selbst aus und erfolgten so lediglich vom individualistischen Standpunkt. Welches Interesse hat nun aber die Allgemeinheit, die ja in den meisten Fällen die Kosten für die Behandlung aufzubringen hat, an einer Heilung der Trinker? Es scheint nötig zu sein, diese Frage zu stellen, da immer wieder die Meinung laut wird, man solle den Trinker einfach verkommen, ihn sich ruhig »totsaufen« lassen, da der Allgemeinheit mit einer künstlichen Erhaltung Minderwertiger nicht gedient sei. Um das Urteil sachverständiger Stellen zu erfahren, habe ich mit einer Reihe von Fürsorgestellen, Kommunalärzten und Wohlfahrtsämtern Rücksprache genommen. Dabei ergab sich, daß allgemein eine wirklich wirksame Trinkerfürsorge für unbedingt notwendig erachtet wurde und zwar wegen der außerordentlichen Kosten, die der Allgemeinheit durch die Alkoholpsychopathen erwachsen. Dies sind zunächst einmal die direkten Unkosten, die der Trinker selbst durch seinen Alkoholverbrauch, durch immer neue Krankenhausaufnahmen, Anstaltsbehandlungen, Gerichtskosten, Strafverbüßung u. dgl. verursacht. Um zu veranschaulichen, wie hoch sich allein der Posten Krankenhausaufnahmen belaufen kann, möchte ich nur kurz auf die von *Cimbal* veröffentlichten Zahlen hinweisen, bei denen 83 mehrmalig aufgenommene Trinker $^2/_3$ der Gesamtverpflegungszeit der psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Altona, insgesamt 6850 Verpflegungstage in Anspruch nahmen. Mögen auch in Altona als Hafenstadt vielleicht besondere Verhältnisse vorliegen, so erhellt daraus doch die außerordentliche Höhe des Schadens, die allein aus diesem einzigen Faktor erwachsen. Diese Veröffentlichung ist auch sonst recht aufschlußreich. Die geringe Zahl derjenigen, die diese Kosten verursachen, beweist, daß es immer wieder dieselben Leute sind. Aus der mehrfachen Wiederholung ihrer Auf-

Digitized by Google

nahmen aber geht klar hervor, daß die angewandten Maßnahmen unwirksam und der Gesamtaufwand ein Fehlaufwand war. — Ein weiterer Gesichtspunkt, der besonders bei den Kommunen eine Rolle spielt, ist der der Sanierung der Familien im Falle geglückter Heilung. Handelt es sich doch bei der Trinkerarbeit fast mehr um das Wohl der Familie als des Trinkers selbst. — Endlich bedeutet, worauf besonders Oberregierungsrat Dr. *Jaques* hinweist, jeder in der Allgemeinheit verbleibende Trinker eine Infektionsquelle. Indem mehrere Trinker zusammen in Kneipen, Budiken, an Stammtischen u. dgl. regelrechte Nester bilden, wirken sie gewissermaßen als endemische Krankheitsherde durch die die in der Bevölkerung befindlichen Alkoholintoleranten immer neu angesteckt werden. Infolgedessen legt z. B. die Trinkerfürsorgestelle in Hamburg (Dr. *Jaques*) besonderen Wert darauf, nicht den einzelnen Trinker zu behandeln und zu entfernen, sondern jedesmal das ganze Nest zu beseitigen. — Die Allgemeinheit kann also, da sie den Schaden zu tragen hat, der Trunksucht gegenüber nicht untätig bleiben. Diese Sachlage wird sich auch dann nicht wesentlich ändern, wenn mit weiterem Sinken des Lebenshaltungsniveaus auch der Alkoholverbrauch noch weiter zurückgehen sollte. Denn während der alkoholtolerante Gewohnheitstrinker sich nach seinen Mitteln zu richten und danach sein Alkoholquantum zu beschränken vermag, ist dies dem eigentlich Alkoholkranken, bei dem infolge seiner Alkoholintoleranz das »Alles- oder Nichts-Prinzip« gilt, nicht möglich, er greift vielmehr lediglich von seiner Sucht besessen, bei Mangel an Mitteln einfach zu billigeren Alkoholformen, zuletzt zum Brennspiritus. Von diesem vermag er sich aber immer auch ohne Mittel ausreichende Mengen zu verschaffen. Eine fühlbare Entlastung der Allgemeinheit durch Abnahme der wahren Trunksucht ist infolgedessen bisher auch noch nicht zu verzeichnen und auch nicht zu erwarten.

Wie sehen nun die bisherigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Trunksucht und insbesondere der Alkoholkrankenbehandlung aus und wie müssen sie in Zukunft beschaffen sein? Die Fürsorgestellen versuchen zunächst, in Zusammenarbeit mit den verschiedensten Abstinenzorganisationen und Behörden eine Umstellung des Süchtigen im Sinne einer alkoholfreien und geregelten Lebensführung zu erreichen. Mißlingt diese, so wird der Versuch mit einer Heilstättenkur gemacht. Als Folge dieses Verfahrens befinden sich unter den Heilstätteninsassen zahlreiche Alkoholkranke, deren Heilungsaussichten recht zweifelhaft sind. Im Zusammenhang mit dieser Zusammensetzung der Insassen sind aber auch die Erfolgsziffern in den Heilstätten noch nicht so hoch, wie sie es sein könnten, wenn nur die aussichtsreichsten Fälle überhaupt überwiesen würden. Nach den Ermittlungen des Heilstättenverbandes weisen die deutschen Heilstätten durchschnittlich nur 25% volle Heilerfolge, d. h. nachweislich über 2 Jahre hinaus durchgeführte völlige Enthaltsamkeit, in weiteren 30% Besserungen, als Maßstab hierfür erhaltene Erwerbsfähigkeit, auf. Die übrigen etwa 45% aber sind völlige Mißerfolge. Bei der zur Erzielung eines Erfolges notwendigen langen Dauer einer Heilstättenkur, im Durchschnitt ein halbes Jahr, und der ebenfalls notwendigen Höhe der Tagessätze in den Heilstätten, z. Zt. 3,20—4,— M., werden also recht große Summen erfolglos aufgewandt, bei der augenblicklichen Sachlage die gute Hälfte der für Heilstättenbehandlung aufgebrachten Mittel. Hier ist eine Neuorientierung

Digitized by Google

der ganzen Heilstättenbehandlung dringend erforderlich. Für die Fürsorgestellen ergibt sich die Aufgabe einer klaren Indikationsstellung und einer strengen Auswahl. Unter der großen Zahl der in Fürsorge befindlichen Alkoholiker dürfen nur noch die menschlich und sozial wertvollsten Elemente, die sowohl in ihrer Persönlichkeit wie auch nach Lage ihrer sozialen Verhältnisse ganz überwiegend gute Heilungsaussichten bieten, in offene Heilstätten geschickt werden. Nur so ist der Kostenaufwand der Allgemeinheit gegenüber zu verantworten. Diese Gesichtspunkte werden von einer Reihe von Ärzten und Fürsorgern bereits befolgt, sind aber längst noch nicht Allgemeingut. Es fehlt außerdem vielfach an der für eine derartige Beurteilung notwendigen genauen Kenntnis der betreuten Trinkerpersönlichkeiten, ihrer Verhältnisse sowie der hierfür nötigen psychologischen Schulung. Für die Heilstätten aber lautet die Forderung: Intensivierung der Heilbehandlung. Neben der bisher vorwiegenden allgemeinen Heilmilieuwirkung ist eine sehr viel intensivere Arbeit am Kranken, eine verstärkte psychotherapeutische Einwirkung sowie ein Ausbau der Arbeitstherapie notwendig. Der Heilstätteninsasse muß sich viel mehr als bisher dessen bewußt sein, daß er der Allgemeinheit oder seiner Familie gegenüber, die ja die Kosten tragen, seine Gesundung schuldet, daß er also zu aktiver Mitarbeit verpflichtet ist. Unter Erhaltenbleiben der Fiktion der Freiwilligkeit muß nun von vornherein die Verpflichtung zu wirklicher werteschaffender Arbeit bestehen und so gegenüber der heute noch vielfach bestehenden Neigung zur Sanatoriumsfaulheit eine neue Arbeitsgesinnung erreicht werden. Durch diese beiden Maßnahmen, strenge Indikationsstellung von seiten der einweisenden Stellen und Intensivierung der Heilstättenbehandlung, muß es gelingen, die Erfolgsziffer erheblich zu erhöhen und so den Wirkungsgrad der gesamten Heilstättenarbeit zu steigern. Mit den größeren Erfolgsaussichten werden dann auch die Kostenträger geneigter sein, Heilverfahren zu bewilligen.

Die angeführten Gesichtspunkte bedingen, daß von den anstaltsbedürftigen Alkoholkranken für die Heilstättenbehandlung nur eine kleine Minderheit und vorwiegend Frühfälle in Frage kommen. Die bei weitem größere Zahl und zwar gerade derjenigen, die der Allgemeinheit die größten Kosten verursachen, bleibt unversorgt. Da die Heilungsaussichten bei ihnen wesentlich geringer sind, sind hohe Aufwendungen für Heilversuche nicht zu verantworten. Andererseits ist gerade bei ihnen das Bedürfnis nach einer sozialen Genesung bzw., wenn diese nicht möglich ist, wenigstens nach einer Entfernung aus der Bevölkerung besonders groß. Welche Möglichkeiten bestehen nun für diese überwiegende Mehrheit? — Bisher fand nur in Sonderfällen und auch da nur für begrenzte Zeiten eine Behandlung statt, nämlich bei denjenigen, die wegen geistiger Störungen oder krimineller Handlungen infolge Alkoholmißbrauchs in die psychiatrischen Kliniken und Heilanstalten kamen. Das angeführte Altonaer Beispiel zeigt klar die Fruchtlosigkeit derartiger klinischer »Behandlungen«. Die geistigen Störungen, die die Aufnahme veranlaßten, sind nach Abklingen der Alkoholwirkung in kurzer Zeit verschwunden und damit entfällt auch die Voraussetzung für weitere zwangsweise Internierung. Der lediglich körperlich notdürftig Reparierte wird entlassen und säuft sofort weiter. — Andere Alkoholkranke werden nach Entmündigung ins Arbeitshaus eingewiesen, wo mancherorts, wie in Glückstadt, besondere Abteilun-

Digitized by Google

gen für entmündigte Trinker bestehen. Aber auch das Arbeitshaus erfüllt nicht die Bedingungen, die man an eine Anstalt für Alkoholkranke stellen muß. So fehlt das unbedingt erforderliche alkoholfreie Milieu, das mit einer bloßen äußeren Abschließung und Kontrolle nicht geschaffen ist. Dazu kommt der ganze strafanstaltsmäßige Anstrich, der Mangel psychiatrischer Überwachung und psychotherapeutischer Einwirkung, die auch bei weniger aussichtsreichen Kranken nicht fehlen dürfen, das schlechte allgemeine Milieu, endlich die Atmosphäre der Hoffnungslosigkeit unter diesen Ausgestoßenen der Gesellschaft. Alle diese Momente wirken zusammen um das Arbeitshaus als Heil- und Erziehungsstätte, für die Mehrzahl aber auch als Dauerbewahrungsstätte ungeeignet zu machen.

Es zeigt sich also, daß für die große Masse der Alkoholkranken bisher kein geeigneter Anstaltstyp besteht. Dieser muß die Vorzüge des Arbeitshauses mit denen einer guten Heilstätte vereinigen. Wie im Arbeitshaus muß der Kranke entmündigt und ihm sein Aufenthalt angewiesen sein, die Anstalt also einen geschlossenen Charakter tragen. Ärzte, Fürsorgestellen und Behörden müssen deshalb ihre bisherige Scheu vor Zwangsmaßnahmen, die bei einem großen Teil der Alkoholkranken einfach nicht zu vermeiden sind, überwinden und, solange wir noch kein Bewahrungsgesetz haben, von den schon jetzt bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zur Zwangseinweisung einen wesentlich ausgiebigeren Gebrauch machen als bisher. Wie im Arbeitshaus muß weiter die Verpflichtung zu intensiver Arbeitsleistung bestehen und der Kranke den Hauptanteil seines Unterhaltes durch eigene Arbeit aufbringen. Hierdurch und durch einfachste Unterbringung und Verpflegung muß der Tagessatz so niedrig gehalten sein, daß er die Wohlfahrtskosten für eine Person nicht wesentlich übersteigt. Andererseits muß aber ein alkoholfreies Milieu, eine aktive psychotherapeutische Einwirkung sowie bei fester Führung doch eine gewisse Erziehung zur Selbständigkeit und persönlichen Freiheit gewährleistet sein. Es muß also der Charakter als Heilstätte besonders betont und eine ähnliche Heilatmosphäre wie in einer solchen erzeugt werden. Auch im verzweifeltsten Fall muß eine gewisse Hoffnung auf Heilung unterhalten werden und mindestens »die Fiktion der Heilbarkeit« gewahrt bleiben. So erfüllt die Anstalt doppelte Funktionen: einerseits sucht sie in wirklicher Erziehungsarbeit den Alkoholkranken möglichst rasch seiner inneren Gesundung und sozialen Selbständigkeit entgegenzuführen, andererseits ist in ihr eine denkbar billige Verwahrungsstätte auch für lange Dauer und mit dem Charakter eines Heimes verwirklicht.

Da es im Wesen der Trunksucht begründet liegt, daß die ihr Verfallenen sich nicht selber zu helfen vermögen, da andererseits die Allgemeinheit selber an einer Behandlung der Alkoholkranken dringend interessiert ist, darf die augenblickliche Krise nicht zu einer Aufgabe eines ihrer wesentlichsten Teile, der Anstaltsbehandlung, führen, sondern muß vielmehr der Anstoß werden, sie, den Kranken und der Allgemeinheit gleicherweise dienend, wirksamer und wirtschaftlicher als bisher zu gestalten. Dabei fällt dem Arzt, insbesondere dem Psychiater, ein wesentlicher Teil der Mitarbeit zu. Eigenartigerweise besteht aber gerade auch bei den Nervenärzten vielfach wenig Interesse und eine recht beschränkte Kenntnis der hier ruhenden Aufgaben, vielleicht, weil die vielfach schon dem Psycho-

Digitized by Google

pathen gegenüber vorhandene Abneigung noch verstärkt dem Alkoholpsychopathen, dem Trinker, entgegengebracht wird.

Aussprache: *Rehm*-Bremen: Die Alkoholiker gehören zur Beobachtung in eine entsprechende Klinik bzw. Anstalt. Von hier hat nach kurzfristiger Beobachtung die Überweisung in die Heime zu erfolgen. Solche müßten in allen Schattierungen vorhanden sein; an Alkoholikerheimen besteht Mangel. — Die Außenfürsorge hat ihre Dominien in den ländlichen Gebieten, in denen fachlich gebildete Ärzte nicht zu erreichen sind. Für die Großstadt kommt die Familienpflege an der Peripherie der Stadt in Betracht. — In der Frage der Unfruchtbarmachung wird große Vorsicht, ehe eine gesetzliche Grundlage, wie in einer Reihe von Ländern z. B. in Dänemark, erfolgt ist, angeraten. Es sollten die dahingehenden Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene unterstützt werden.

Nonne-Hamburg berichtet an der Hand großer Erfahrungen über den praktischen Wert der Behandlung von Alkoholismus in Anstalten. *N.* hat 19 Jahre lang als Arzt ein Alkoholikersanatorium auf gemeinnütziger Basis ärztlich geleitet. 984 Kranke wurden aufgenommen, fast ausschließlich schwere Fälle von bereits langer Dauer, darunter etwa 10% Fälle von periodischem Alkoholismus (Dipsomanie). Trotzdem der Inspektor Hochtempler bei den Guttemplern war, trotzdem regelmäßig Vorträge über die Abstinenz gehalten wurden und allmonatlich die Guttempler-Loge in einer benachbarten Stadt besucht wurde von den bei den Guttemplern eingetretenen Mitgliedern (etwa 90% traten ein), trotzdem regelmäßige Arbeit geleistet werden mußte durch Bebauen der Gemüse- und Obstfelder und In-Ordnung-Haltung der ganzen Anstalt (Personal wurde außer einer Wirtschafterin nicht gehalten), sind die Dauerresultate denkbar schlecht. Allerdings sprach *N.* nur von Heilung, wenn nach 2 Jahren noch Totalabstinenz nachgewiesen werden konnte. Unter 984 Fällen waren nur 3 Fälle in diesem Sinne geheilt geblieben. Es handelte sich bei den Anstaltsfällen fast immer um endogen bedingte Fälle, das sind Fälle, bei denen die Alkoholsucht und die Alkoholintoleranz als symptomatisch zu betrachten sind. Gegen leichte, nicht endogene Fälle braucht man kein schweres Geschütz (Anstalt, Entmündigung) aufzufahren. Dort genügt fast immer eine Änderung des Milieus, soweit eine solche durchzuführen ist.

Behnsen-Rickling (Schlußwort): Wenn die Erfolge in den Statistiken der Trinkerheilstätten von verschiedenen Diskussionsrednern als viel zu hoch empfunden und Zweifel an ihrer Richtigkeit geäußert wurden, so ist dazu zu sagen, daß nach den Richtlinien des Heilstättenverbandes lediglich solche Fälle als Heilungen bezeichnet werden dürfen, die nachweislich länger als 2 Jahre nach Verlassen der Heilstätte und ohne Unterbrechung völlig abstinent blieben. Die Unterlagen dieser Statistiken sind wenigstens teilweise, ob sämtlich vermag ich nicht zu sagen, durch den Heilstättenverband nachgeprüft worden, in Salem beispielsweise durch Prof. *Delbrück*. Der mehrfach geäußerten Beurteilung der Trinker als völlig minderwertig ist entgegenzuhalten, daß auch hochwertige Menschen von der Natur die unglückliche Mitgift einer Alkoholintoleranz erhalten haben und durch unglückliche Umstände zu Trinkern geworden sein können.

Digitized by Google

Környey-Hamburg-St. Georg berichtet über einen Fall von einer sich entlang der Gefäßwandungen ausbreitenden Hirngeschwulst.

Eine 61jährige Frau ändert sich allmählich zunehmend in ihrer Persönlichkeit. Einige Wochen vor ihrem Tode fällt sie auf durch ihre Vergeßlichkeit, sie klagt über Kopfschmerzen, erbricht wiederholt. Neurologische Herdsymptome sind bis auf eine Unsicherheit beim Gehen nicht nachweisbar. Im Liquor positive Eiweißreaktionen, keine Zellen, Wa. R. negativ, meningitische Zacke in der Mastixkurve. Liquordruck nicht erhöht. Keine Stauungspapille, keine Bradykardie. In den letzten Tagen *Korsakow*sches Syndrom bei ausgesprochener Euphorie, Perioden von sensorisch-motorischer Aphasie bzw. von Bewußtseinstrübung. Bei der Gehirnsektion erweist sich der Fornix in seiner gesamten Länge als verdickt und verbreitert, bedingt durch eine Infiltration des Gewebes mit Geschwulstelementen. Im hinteren Teil des Fornix bildet der Tumor eine größere, ziemlich zusammenhängende Masse mit Strängen erhaltenen Nervengewebes. Im Balken ist eine perivaskuläre Anordnung der Geschwulstzellen deutlich erkennbar. Aber auch hier sind kleinere Geschwulstzellgruppen bzw. einzelne Tumorzellen in der Nervensubstanz verstreut. Die Geschwulst erreicht die untere Fläche des Fornix an den meisten Stellen als kompakte Masse, auf die Pia der Unterfläche des Fornix greift sie entlang den Gefäßwandungen, aber auch in einzelnen Zügen in den Bindegewebsmaschen über. Die perivaskuläre Ausbreitung erfolgt um die Kapillaren, wie auch um die Arterien und Venen. Bei den Kapillaren ist der Endothelbelag erhalten, ihm liegen die Geschwulstelemente dicht an, eine Elastica int. ist nicht zu sehen. Bei den Arterien kommen Geschwulstzellen innerhalb der Elastica int. niemals vor, bei den Venen dringen sie auch innerhalb der lockeren Elasticafaserung bis zum Endothel vor. Seitwärts wachsen die Geschwulstelemente zwischen Ependym und subependymärem Marklager in die Wandung der Seitenventrikel, ferner zwischen den Faserbündeln der Balkenstrahlung ins Hemisphärenmark ein. Auch hier gruppieren sie sich vornehmlich um die Gefäße. Offenbar entlang der Taenia fornicis sind Geschwulstmassen in den marginalen Teil des Plexus des Hinterhornes hineingewachsen. Die Geschwulstmassen pflanzten sich auch auf den Hirnstamm fort; im Mittelhirn und im Pons sind zahlreiche intrazerebrale Gefäße von Geschwulstzellmänteln umhüllt, am Dach des IV. Ventrikels konfluieren die Tumorzellgruppen wieder zu einer kompakten einheitlichen Masse. Hier greifen die Geschwulstelemente auch auf die Pia über.

Die Geschwulst wird durch folgende Momente charakterisiert: 1. Wachstum entlang der Gefäßwände, 2. mäßigen Polymorphismus der Zellen, 3. eine enorme Zahl von Mitosen. Die gleiche Struktur zeigt das neoplastische Gewebe in all seinen Teilen, sowohl in den einheitlicheren Massen als auch in den perivaskulären Tumorzellsträngen.

Die perivaskuläre Anordnung der Geschwulstelemente legt den Gedanken nahe, daß es sich um einen von dem Bindegewebe der Gefäßwandung ausgehenden Tumor handelt. Wenn auch das Vorhandensein kompakter Geschwulstteile bis zu einem gewissen Grade gegen diese Annahme spricht, so lassen doch auf der anderen Seite die inmitten der Tumormassen noch sichtbaren Parenchymteile darauf schließen, daß ursprünglich auch die kompakten Teile der Geschwulst aus perivaskulären Strängen entstanden sind; erst im Laufe des weiteren

Digitized by Google

Wachstums konfluierten sie zu einer einheitlichen Masse. In diesem Sinne spricht auch, daß überall — sowohl in den perivaskulären wie in den kompakten Teilen der Geschwulst — zwischen den Zellgruppen ein Gerüst mesodermaler Faserung zu finden ist. Daß die Möglichkeit einer sekundären Verschmelzung der perivaskulären Tumorzellmassen besteht, beweist die Tatsache, daß diese auch im Balken, wo sie noch nicht zu einer einheitlichen Masse konfluiert sind, die ektomesodermale Grenze nicht respektieren, sondern daß kleinere Gruppen von Geschwulstzellen auch ins Parenchym eingedrungen sind. Das Wachstum der Geschwulst geht nicht mit einer Gefäßneubildung einher, ist also nicht durch das angioblastische Wachstum im Sinne von *Borst* charakterisiert; der Tumor läßt sich somit weder in die Gruppe der Angiome noch der Angioblastome (*Cushing* und *Bailey*) einordnen. Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß es sich um einen von der Gefäßwandung ausgehenden und sich entlang der Gefäßwände fortpflanzenden, bösartigen Tumor — ein adventitielles Sarkom — handelt. Für den mesodermalen Charakter des Neoplasmas spricht nicht zuletzt auch die weitgehende Ähnlichkeit in der histologischen Struktur mit einem von *Bailey* beschriebenen kompakten Tumor der weichen Häute (Arch. of Surgery, XVIII. Abb. 16 u. 17).

Kirschbaum-Hamburg: Zur Systematik und Histopathologie erworbener generalisierter Kleinhirnerkrankungen.

Nach Besprechung der verschiedenen Einteilungsprinzipien herdförmiger und generalisierter Kleinhirnerkrankungen wird das von *Klarfeld* gegebene System als besonders zweckmäßig bezeichnet, da es unter vorwiegender Berücksichtigung pathologisch-anatomischer Gesichtspunkte auch klinischen, erbbiologischen und entwicklungsgeschichtlichen Prinzipien Rechnung trägt. Von den verschiedenen Kleinhirnerkrankungen werden mehrere Fälle von primär-chronisch degenerativen erworbenen Kleinhirnprozessen besprochen: 1 Fall von Atrophia olivo-cerebellaris, 1 weiterer Fall von Totaldegeneration palāo- und neozerebellarer Gebiete mit vorwiegender Zerstörung fast sämtlicher Purkinjezellen, die u. a. zu völliger Degeneration des Markfaservlieses um das Dentatum geführt hat.

Von besonderem Interesse ist der 3. Fall, der einen 59 Jahre alten Büroangestellten betrifft, dessen Erkrankung vor dem 20. Lebensjahre einsetzte. In seiner Familie ist in der großväterlichen und väterlichen Generation sehr stark Alkoholmißbrauch getrieben worden. Zwei seiner Brüder waren chronische Trinker, während er selbst schlecht Alkohol vertrug, deshalb nicht trank. Vom 20. Lebensjahre an beginnen eigentümliche Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, wird die Sprache holperig, der Gang schleudernd; die Störungen verstärken sich in ganz langsamer Progression. Pyramidenzeichen fehlen. In den letzten Wochen tritt eine apoplektische Blutung in der inneren Kapsel auf und führt nach Lähmung der rechten Körperhälfte und motorischer Aphasie den fast 60jährigen Patienten zum Exitus. Diagnostisch war von vornherein der auf der *Nonne*schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses und in der Nervenabteilung Friedrichsberg behandelte Kranke als zerebellare Ataxie angesehen worden. Die histopathologische Untersuchung des vorwiegend in den dorsalen Teilen des Wurms und den an die dorsalen Wurmteile angrenzenden Gebiete der

Digitized by Google

Lobi quadrangulares atrophischen Kleinhirns ergab einen sehr hochgradigen Schwund der Purkinjezellen. Im Wurm, dessen Dorsalteile (Culmen, Declive) fast vollständig der Purkinjezellen entbehren, sind Molekular- und Körnerschicht verhältnismäßig gut erhalten. Die Markfaserausfälle in den purkinjezellfreien Läppchen sind nicht besonders hochgradig. Gleichwohl erkennt man im Markfaserbilde, Culmen und Declive und den darangrenzenden Gebieten der Zona intermedia (entsprechend dem *Hayashi*schen Zwischenstück) deutlichen Faserschwund. Am charakteristischsten sind die durch die Purkinjezelldegenerationen hervorgerufenen Faserausfälle im Gliafaserbild zu sehen. Dieses zeigt, wie, entsprechend dem vorwiegenden Befallensein an erster Stelle dorsaler Wurmabschnitte, an zweiter Stelle der Intermediärzone, das Marklager von dichteren Gliafilzen durchzogen ist, die im Gebiet der neozerebellaren Hemisphären, wo auch die Purkinjezellen viel weniger geschädigt sind, fehlen. Dieser Fall läßt sich mit *Thomas* als »Atrophie des cellules de Purkinjé« ansehen. Er hat nächste Verwandtschaft zu dem kürzlich von *Pierre Marie, Foix* und *Alajouanine* beschriebenen Krankheitsbilde der »Atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale«. Mit diesem Krankheitsbilde, das vorwiegend im höheren Lebensalter zur Beobachtung kommt, ist durch die Besonderheit der Lokalisation des Kleinhirnprozesses eine weitere Gruppe anerworbener Kleinhirnerkrankungen herausgehoben worden. Der hier mitgeteilte Fall mit vorwiegendem Ergriffensein paläoparenzephaler Gebiete steht einem kürzlich von *Stender* und *Lüthy* beschriebenen Fall von Spätatrophie der Kleinhirnrinde bei chronischem Alkoholismus sehr nahe, den diese Autoren der von *Marie, Foix* und *Alajouanine* abgegrenzten Gruppe zuordnen. Von besonderem Interesse ist, daß auch unser Fall aus einer Alkoholikerfamilie stammt. Wenn es sich auch bei unserem Fall, der selbst nicht Alkohol trank, um eine im späteren Leben erworbene Erkrankung handelt, spricht viel dafür, daß auch diese Spätatrophie des Kleinhirns auf einer Entwicklungs- und Anlagestörung, einer präformierten Schwäche bestimmter Kleinhirnsysteme beruht.

Pedersen-Kiel: Hirntumoren ohne klinische Hirndrucksymptome.

Die Symptomenreihe der sogenannten Hirndruckerscheinungen bei Hirntumoren ist einer außerordentlich großen Relativität unterworfen, für die wir bisher keine ausreichende Erklärung geben konnten. Lokalisatorische Momente dürften eine gewisse Rolle spielen, z. B. bei dem Erbrechen und bei den Puls- und Atmungsstörungen, die wahrscheinlich vorwiegend als Herd- oder Nachbarschaftssymptome aufgefaßt werden müssen. — Bei den 82 anatomisch verefizierten Tumoren der letzten 4—5 Jahre in der hiesigen Klinik fehlte die Stauungspapille 27mal und zwar am häufigsten bei den Hypophysen- und Stammganglientumoren (bei den letzteren in 7 von 10 Fällen). Auffallend häufig war sie bei den Stirnhirntumoren, von denen 12 von 15 mit einer Stauungspapille einhergingen. Der Kopfschmerz fehlte in etwa 15%, das Erbrechen in etwa 30% der Fälle. Deutliche Puls- und Atmungsstörungen waren nur sehr selten zu beobachten. Ein Parallelismus für den Lumbaldruck und Hirndruck war nicht gegeben. In 9 Fällen wurden während des ganzen Verlaufs Hirndruckerscheinungen sowohl subjektiver als objektiv nachweisbarer Art ver-

Digitized by Google

mißt. Die erste Gruppe der Fälle bilden Kranke, bei denen neben dem Tumor arteriosklerotische oder senile Hirnveränderungen vorhanden waren. In einem Fall bestand neben einer Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst eine progressive Paralyse. Für die zweite Gruppe der Fälle war die gleiche Lokalisation im Stammgangliengebiet charakteristisch. Klinisch stand bei diesen Fällen das von *Stertz* beschriebene Zwischenhirnsyndrom im Vordergrund. Bei allen Fällen wurde anatomisch die Hirnschwellung vermißt. Die Diagnose der Hirnschwellung wurde nach den bekannten makroskopischen Merkmalen gestellt. Physikalische Messungen im Sinne von *Reichardt* wurden nicht vorgenommen.

Nach dem Verhalten unseres Materials scheint die Hirnschwellung, auf deren Bedeutung zuerst *Reichardt,* neuerdings *Spatz* hingewiesen hat, für das Zustandekommen der klinischen Hirndrucksymptome eine ausschlaggebende Rolle zu spielen. Von den 49 in der Klinik sezierten Tumorfällen wurde die Hirnschwellung 10mal vermißt. Beim Vergleich des anatomischen und klinischen Bildes besteht ohne Zweifel eine weitgehende Korrelation zwischen dem Grad der Hirnschwellung und der Stärke der Hirndrucksymptome. Durch diese Tatsache möchte das Fehlen der Hirndruckerscheinungen bei den obenerwähnten Fällen zu erklären sein.

Das tiefere Problem ist durch die Annahme des Zusammenhangs zwischen Hirnschwellung und Hirndrucksymptomen selbstverständlich nicht gelöst. Ungeklärt bleiben die Fragen: 1. Was stellt die Hirnschwellung wirklich dar? 2. Warum tritt sie in diesem Falle auf, in jenem Falle nicht? 3. Warum zeigt sie sich einmal sehr frühzeitig, ein anderes Mal erst sehr spät?

Zur Erklärung wurden bisher die verschiedensten Momente herangezogen, die man folgendermaßen einteilen kann: 1. Quantitative (Größe, Wachstumsgeschwindigkeit); 2. qualitative (Histologische Struktur); 3. lokalisatorische Momente.

Keiner dieser Faktoren scheint eine ausschlaggebende Rolle zu spielen. Von der Größe des Tumors ist der Hirndruck unabhängig. Bei sehr langsam wachsenden Tumoren wird gelegentlich der Hirndruck lange Zeit vermißt, kann aber jederzeit auftreten. Eine Abhängigkeit von der histologischen Struktur war in unseren Fällen nicht gegeben, ebensowenig von der Lokalisation.

Konstitutionelle Momente und das Lebensalter spielen offenbar eine große Rolle (starker Hirndruck mit entsprechender Hirnschwellung bei Tumoren im Kindesalter). Senil oder arteriosklerotisch veränderte Gehirne scheinen eine geringe Reaktionsfähigkeit zu haben, wie das Verhalten der obengenannten 5 ersten Fälle zeigen. Zu wenig berücksichtigt ist die Frage, ob nicht auch außerhalb des Gehirns liegende biologische Vorgänge eine Rolle spielen könnten. Da die Hirnschwellung eine unspezifische Reaktionsweise des Gehirns darstellt, wäre zu erwägen, ob nicht plötzliche Hirndruckphasen ausgelöst werden können z. B. durch Stoffwechselstörungen, durch hirnfremde, sonst ungefährliche Noxen usw. Auch unspezifische direkte Hirnreize vermögen offenbar die Hirnschwellung auszulösen (Hirnpunktion, Verletzungen). — In bezug auf die erwähnte Eigenart auffallend vieler Mittelhirngeschwülste in unserem Material wäre vielleicht auch zu erwägen, ob nicht eine durch diese besondere Lokalisation

Digitized by Google

bedingte Lähmung primär vegetativer Zentren die Reaktionsfähigkeit des Gehirns beeinträchtigt.

Aussprache: *Nonne*-Hamburg berichtet über 3 Fälle von großen Meningiomen, die das Hirn zu tiefer Eindellung gebracht hatten und jahrelang bereits bestanden hatten und die zu allgemeinen Drucksymptomen nicht geführt hatten. In 2 Fällen hatten ab und an allgemeine epileptische Anfälle bestanden. Es ist bei der guten Operierbarkeit praktisch wichtig zu wissen, daß gerade bei Meningiomen klinische Drucksymptome fehlen können.

Pette-Hamburg weist auf die Bedeutung des Röntgenbildes (Schädelbasis, Sella turcica) für die Erkennung des chronischen Hirndruckes hin. Die Erfahrung, daß in diesen Fällen der Tod oft plötzlich und zwar wie von *P.* beobachtet wurde, gelegentlich im Anschluß an äußere Einwirkungen (körperliches und psychisches Trauma, akute Infektion) eintritt, spricht dafür, daß hier der chronischen Schädigung vegetativer Zentren in der Umgebung des 3. Ventrikels ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

Badt: Die Stauungspapille fehlte bei 57 nicht diagnostizierten Hirntumorfällen in 60%. Apoplektiformer Beginn und hohes Alter der Kranken trugen in einer großen Zahl von Fällen zur Fehldiagnose arteriosklerotischer Erweichung bei. In einer Reihe anderer Fälle war der positive Wassermann im Liquor bzw. Blut und Liquor schuld, daß statt des Hirntumors eine Lues des Zentralnervensystems diagnostiziert wurde.

Glettenberg-Hannover erwähnt im Anschluß an die Bemerkung von Prof. *Nonne*, daß die Pulsverlangsamung (44—56 Schläge i. d. M.) als Allgemeinsymptom bei Hirntumoren sehr selten sei, einen Fall von subkortikalem ausgedehntem Hirntumor der vorderen Zentralregion (motor. und sensible Halbseitenerscheinungen), bei welchem alle anderen Allgemeinerscheinungen des erhöhten Hirndruckes fehlten. (Hirndruck normal, Fehlen der Stauungspapille, kein Erbrechen, keine Kopfschmerzen.) Differentialdiagnostisch kamen Gefäßprozeß und entzündl. Proz. in Frage. Die ständige Pulsverlangsamung veranlaßte mich, die Indikation zur Operation zu stellen, welche den obenerwähnten Tumor ergab. Die Pulsverlangsamung kann wohl kaum als Lokalsymptom aufgefaßt werden.

Skalweit-Rostock-Gehlsheim: Praktisch-diagnostische Verwertung des *Rorschach*schen Formdeutversuches.

Vortr. erläutert zunächst an Hand der *Rorschach*schen Testtafeln die Bedeutung und die Anwendung der Methode. Es wird besonders hingewiesen auf die Art der Erfassung der einzelnen Tafeln (Ganz-, Detail-, Kleindetailantworten usw. = Erfassungsmethoden), auf den Erfassungstyp und die Sukzession (Reihenfolge) der Erfassungsmodi, aus denen Schlüsse auf die habituelle psychische Energieverteilung und zusammen mit dem Prozentsatz gutgesehener Formen auf die Intelligenz der Vp. gezogen werden können. Es wird weiter auf die Bedeutung des »Erlebnistypus« hingewiesen, d. h. das Verhältnis von mehr durch die Farbe bestimmten zu den durch kinästhetische Empfindungen mitbedingten Antworten (Fb. : B.).

Abgesehen von der allgemeinen Bedeutung des Versuches für die Strukturanalyse und die Konstitutionsforschung in der Psychiatrie wird an Hand einiger praktischer Fälle demonstriert, daß der Formdeut-

Digitized by Google

versuch auch für die Differentialdiagnose insbesondere bei beginnenden Fällen oder bei Mischpsychosen und atypischen Psychosen (»verworrene Manie«, »Degenerationspsychosen«) wertvolles zu leisten verspricht und u. U. schon frühzeitig die Einteilung derartiger unklarer Sichtpsychosen in einen der großen Formenkreise zu ermöglichen vermag. So glaubt Vortr. bei seinen Fällen auf Grund der hochgradig zerfahrenen Sukzession der vielen konfabulatorisch-kombinatorischen und vorwiegend schlechten Originalantworten, des auffallend niedrigen F — % (auch bei Gebildeten!) und besonders aus dem Erlebnistyp B: viel Fb mit größter Wahrscheinlichkeit eine »Mischpsychose« ausschließen und sie allein dem schizophrenen Formenkreis zuordnen zu können. (Der wegen Zeitmangels stark gekürzte Vortrag soll im Rahmen einer größeren Arbeit ausführlich a. a. O. veröffentlicht werden.)

Aussprache: *Rehm*-Bremen: Die praktische Verwertung des *Rorschach*schen Versuches ist durch die sehr subtile und zeitraubende Methodik erschwert. Ich habe mir deshalb selbst Klecksbilder in verschiedenen Farben, doch jeweils einfarbig, hergestellt. Bei den damit angestellten Versuchen hat sich herausgestellt, daß die Manisch-Melancholischen gegenüber den anderen Gruppen farben- und formfreudig sind. Die schizophrenen Kranken zeigen Detailreaktionen mit einer sehr auffallenden Vorliebe zu Organreaktionen im Sinne einer ungehemmten sexuellen Assoziation. Letztere findet man auch bei einzelnen asozialen Jugendlichen, bei denen man an die Entwicklung einer Schizophrenie denken muß. Kinästhetische Reaktionen sind am ausgesprochensten bei deliranten Fällen, im wesentlichen manisch-melancholischer Art. — Die Versuche sind ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Untersuchung der Einfühlung und der Phantasietätigkeit.

Als Tagungsort für die nächstjährige Versammlung wird Neustadt i. Holst. in Aussicht genommen.

Nach Eigenberichten zusammengestellt von *Kolle*-Kiel.

Kleinere Mitteilungen.

Aschner, B.: Klinik und Behandlung der Menstruationsstörungen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1931. 18,— M.

Verfasser bespricht unter Beibringung einer großen Kasuistik die Hypomenorrhoe, die zu häufigen und zu starken Menstruationsblutungen, die Dysmenorrhoe und das Klimakterium und geht hierbei insbesondere auf die Therapie dieser Zustände ein. *A.* führt die Menstruationsstörungen auf mancherlei Anomalien im Gesamtorganismus zurück, nicht ausschließlich auf Veränderungen im Genitalapparat. Die Blutung bei der normalen Menstruation faßt er in erster Linie als Reinigung des weiblichen Körpers von schlechten Säften auf. In genitalfernen Krankheiten, den verschiedenen Konstitutionen u. a. findet er Beziehungen zu den Menstruationsstörungen und lehnt unter diesen Voraussetzungen operative Behandlung zum größten Teil ab. Den Psychiater wird die Angabe *A.*s interessieren, daß unter

Digitized by Google

10000 gynäkologischen Patienten 325 Fälle mit psychischen Störungen zur Beobachtung kamen, wovon 184 Fälle Hypomenorrhoe hatten. Unter 1500 mit spärlicher oder seltener Menstruation zeigten 184 psychische Krankheitserscheinungen, davon 63 schwererer Art. *A.* meint nun, nicht die Psychose, sondern die gestörten Menses seien das primäre Leiden und bewirkten durch innere Intoxikation die psychische Störung. Er ist nicht der Ansicht der meisten Psychiater, daß Ernährung und Stoffwechsel des Nervensystems durch die Psychose leiden und dadurch Amenorrhoe bzw. Hypomenorrhoe ausgelöst werden. *A.* gibt an, daß die Erscheinungen verschiedenster Psychosengruppen durch Behandlung der Menstruationsstörungen, z. B. Verdauungsregelung, Abführmittel, Emmenagoga (heiße Bäder, Blutegel, Senna, Aloë, Juniperus Sabina, Tinktura capsici, Kantharidentinktur, Baldrian, Arsen, Eisenmangan usw.), Aderlaß und Hydrotherapie, geheilt oder weitgehend gebessert würden. Es wird Sache der Gynäkologen sein, an ihrem Krankenmaterial zu prüfen, ob die jedenfalls interessanten Anregungen *A.*s bezüglich größerer Beachtung der allgemeinen Körperbeziehungen zu den Menstruationsstörungen tatsächlich den geschilderten therapeutischen Erfolg haben. *G. Ilberg.*

Maag, Paul, Zürich: Psychoanalyse und seelische Wirklichkeit. J. F. Lehmanns Verlag, München 1930. 228 S. 8,— M.

In einer Zeit, in welcher trotz ihrer inneren Sterilität die Psychoanalyse noch in Ausbreitung befindlich ist, weil sie einer kulturkritischen Zeitströmung entgegen kommt, begrüßt man dankbar jeden ernsthaften Menschen, der sich kritisch und selbständig um die Fragen müht, welche *Freud* aufgerollt hat. *Maag* hat schon vor etwa 8 Jahren dazu das Wort ergriffen und führt nun — selbständiger und weniger von *Freud* abhängig — die Untersuchung weiter. Wohltuend ist dabei, daß alle polemische Schärfe fehlt, daß wirklich sachliches Urteil vorwaltet und daß *M.* den ärztlichen Verdiensten *Freuds* und seinen grundlegenden psychologischen Einsichten (Hysteriepsychologie, Bedeutung der Sexualität für seelische Störungen usw.) durchaus Rechnung trägt. Am schärfsten ist der Unterschied gegenüber der früheren Kritik *Maags* in der Traumlehre. Hier hat sich *Maag* inzwischen von den Symbollehren völlig freigemacht und trägt der im Traum vorliegenden Umstrukturierung des Gesamterlebens (er braucht den Ausdruck: Dissoziation) Rechnung. Der Traum kann, so faßt *M.* zusammen, Auskunft geben über das zunächst dem Untersucher verborgene Seelenleben des Kranken, man erhält die Auskunft aber besser vom wachen Kranken selbst, sobald derselbe nur erst das für jede Psychotherapie unerläßliche Vertrauen gefaßt hat. Von der Traumdeutung hat man nichts zu erwarten. Wohl aber scheinen sich mitunter Neurotische in einem veränderten, traumhafter Dissoziation nahestehenden Bewußtseinszustand zu befinden. Völlig abwegig ist *Freuds* Auffassung vom Unbewußten. Ein solches gibt es im Sinne *Freuds* nicht. Vielmehr sind alle die Vorgänge, die nach *Freud* unbewußt sein sollen, tatsächlich dem Rahmen des Bewußtseins jederzeit zugänglich. Daher ist auch die Darstellung *Freuds*, welche dem Ich ein Es mit größerem Umfang als eigentlichen Leiter der Persönlichkeit gegenüberstellt, falsch und unhaltbar. (Ref. würde hier glauben, daß die Position *Maags* ebenfalls anfechtbar ist.) Mit aller Schärfe lehrt zumal die Untersuchung

Digitized by Google

der Symptomhandlungen, daß im Grunde gar keine »unbewußten« Einflüsse vorliegen. Alle von *Freud* herangezogenen Tatsachen und Beispiele aus dem Gebiet des sich Versprechens, Verlesens, Vergessens, Verlierens lassen noch andere Deutungen zu. *Freud* deutet tatsächlich mehr oder minder willkürlich. Merkwürdig ist, daß *F.* die eigentlich unbewußten Symptomhandlungen (Schmuckbedürfnis z. B.) gerade nicht erwähnt. *Freud* greift unter den Verdrängungen nur eine Art heraus, die aktive Verdrängung verurteilter Triebansprüche durch reifende oder reife Menschen. Er schildert dieselbe falsch, da gerade nicht der Triebanspruch als solcher, sondern das Versagen gegenüber der sittlichen Forderung des Gewissens krankheiterzeugend wirkt. Nicht die Versuchung, sondern die Entgleisung und zwar die erlebte, erinnerte Entgleisung bedingt die Neurose. Meist aber nicht allein, sondern erst wenn auf dem Boden konstitutioneller (meist inkretorischer) Sexualstörungen oder situativer Lebenseinflüsse eine geschwächte Widerstandskraft dem Schuldgefühl unterliegt. *Freuds* Darstellung ist hier in allen Punkten falsch. Erzieherische Verdrängung und siegreiche Verdrängung des Triebanspruchs bedingen niemals neurotische Erkrankungen, höchstens erstere gelegentliche Fehlentwicklungen, welche aber nicht in das Gebiet der Neurose gehören. Dieselbe umfaßt nicht die Charakteranomalien und Fehlentwicklungen, auch nicht die frühkindlichen traumatisch-situativ bedingten Verklemmungen und Verkrampfungen und die asexuellen Psychasthenien, sondern nach *Maag* nur die aus sexuellen Störungen hervorgehenden oder mit ihnen einhergehenden seelisch-nervösen Krankheitszustände. Hier ist es in der Verwebung somatischer und inkretorischer Disposition gerade nicht, wie *Freud* meint, die Versagung des Triebanspruchs, welche die Schuldgefühle und damit die konfliktschaffende Spannung heraufbeschwört, aus der schließlich die Neurose erwächst, sondern eben das Unterliegen unter den Trieb, die Triebherrschaft. Nur eine deterministische, naturalistische Psychologie, welche den Wert der Persönlichkeit verdunkelt, dieselbe zu einem Triebbündel erniedrigt und im Grunde den Sinn des Lebens leugnet, vermochte die Tatsachen so umzukehren, wie die *Freud*sche Neurosen- und Libidolehre. So ist denn auch die Therapie nicht beschränkt auf die Analyse, sie wird im Gegenteil auf der Grundlage des Vertrauens Ermutigung, Erleichterung und Sicherheit schaffen und dabei vor allem auf körperliche Behandlung Wert legen. Eindringlichst muß vor der Ausnützung der »Übertragung« und vor den unnötigen Aufwühlen des Sexuellen gewarnt werden. Erfrischend ist die ethisch-religiöse Grundeinstellung des Verfassers. Endlich einmal wird wieder gesagt, daß die Anforderungen der Ethik auch durch die Psychotherapie respektiert werden dürfen, ohne daß sie sich ihres Erfolges dadurch zu begeben brauchte.

Als ein Nebengedanke durchzieht das Buch, der in zahlreichen wörtlichen Zitaten aus Schriften *Freuds* erbrachte Nachweis, daß die Gedankenführung, Begriffsbildung und Formulierung *Freuds* außerordentlich schillernd und widerspruchsvoll ist.

So ist das Buch ein wertvoller Führer in *Freuds* Gedankengänge und zugleich ein guter Bundesgenosse im Kampf gegen hemmungslose Psychoanalyse, vielleicht auch ein Erzieher zu eigner Meinungsbildung über die streitigen Fragen, für welche ja auch *Maag* nicht immer die endgültige Lösung finden kann. Ob freilich es nicht erwünscht wäre, auch das Gedankengut der anderen Kritiker *Freuds* (*Mittenzweiy, Kronfeld, Nachmansohn, Jaspers* u. a.) heranzuziehen? *Schneider*-Bethel.

Digitized by Google

Kehrer, F.: Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste. Georg Thieme, Leipzig 1931. 116 S. 10,50 M.

Kehrer teilt sein Buch in zwei große Abschnitte. Im ersten derselben bespricht er mit manchen kritischen Bemerkungen die bekannten Allgemeinerscheinungen, wobei die Literatur eingehend gewürdigt wird, wobei auch eigene Untersuchungen und Erfahrungen berücksichtigt werden.

Im zweiten Abschnitt behandelt er eine Gruppe von Allgemeinerscheinungen, die bisher gar nicht oder doch wenigstens nicht hinreichend gewürdigt sind. Ausgehend von einer mehr zufälligen Beobachtung über eine sehr erheblich gesteigerte Druckschmerzhaftigkeit der Nervi occipitales bei einem einwandfreien Falle von Hirntumor hat er mit seinen Mitarbeitern im Laufe der Jahre bei allen Tumorfällen in systematischer Weise untersucht, ob ähnliche Reflexe und Reaktionen, wie er sie in jenem Falle durch Druck auf die Okzipitales auslösen konnte, sich von anderen Stellen, und von welchen Stellen mehr oder weniger regelmäßig hervorrufen lassen.

Er bespricht unter dieser Gruppe zunächst Schmerzreflexe und -reaktionen der N. trigemini u. occipitales, die auf der Seite der Geschwulst deutlicher waren als auf der anderen Seite; er fand weiter Steigerung des Konjunktival- u. Kornealreflexes und Überempfindlichkeit der Augäpfel. Weiter werden gewürdigt Geruchsstörungen, perkutorische und auskultatorische Erscheinungen am Schädel, Reflexe vom Schädelperiost aus und einige andere Reflexe und schließlich wird noch auf Druckschmerzerscheinungen an den Extremitäten hingewiesen.

Alle diese Erscheinungen, auf die im einzelnen nicht eingegangen werden kann, haben keinen nosognomonischen Wert; ist aber ein größerer Teil von ihnen vorhanden, so wird die Diagnose eines Hirntumors sehr wahrscheinlich, wenn andere Symptome wie Kopfschmerz, Übelkeit, Schwindel oder andere allgemeine Beschwerden vorliegen.

Wenn auch über den Wert der von *Kehrer* beschriebenen Symptome erst weitere Nachprüfungen entscheiden müssen, so bringt sein Buch doch eine Reihe neuer Erkenntnisse und eine Fülle von Anregungen und wird, wenn ich recht urteile, zu manchen neuen Untersuchungen führen.

Langelüddeke (Hamburg).

Unter dem Ehrenpräsidium von Prof. Dr. *Wagner-Jauregg* findet vom 30. Mai bis 11. Juni 1932 ein Fortbildungskursus für Neurologie und Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an der Universität Wien statt.

Personalia.

Gestorben: Direktor Dr. *Wachsmuth*-Eichberg,
Professor Dr. *Koester*-Leipzig und
Assistenzarzt Dr. *Solinus*-Schussenried.

Ernannt: Obermedizinalrat Dr. *Roderich Mayr*-Eglfing zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg, Obermedizinalrat Dr. *Nothaas* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim i. S., Obermedizinalrat Dr. *Weicksel* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg i. S., Regierungsmedizinalrat Dr. *Berlit*-Leipzig-Dösen zum Obermedizinalrat und Stellvertreter des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Hochweitzschen i. S. und Oberarzt Dr. *Morstatt*-Schussenried zum Medizinalrat.

Dr. *Jörg Zutt* habilitierte sich für Psychiatrie und Nervenheilkunde an der Universität Berlin.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google